

VYSOKÁ ŠKOLA BÁŇSKÁ – TECHNICKÁ UNIVERZITA OSTRAVA
EKONOMICKÁ FAKULTA

KATEDRA ÚČETNICTVÍ

Problematika zdravotního pojištění v České republice

Health insurance issue in the Czech republic

Student: Markéta Bezečná

Vedoucí bakalářské práce: Ing. Jiřina Krajčová

Ostrava 2012

Zadání bakalářské práce

Student: **Markéta Bezecná**
Studijní program: B6208 Ekonomika a management
Studijní obor: 6202R049 Účetnictví a daně
Specializace: 00 Účetnictví a daně
Téma: **Problematika zdravotního pojištění v České republice**
Health Insurance Issue in the Czech Republic

Zásady pro vypracování:

1. Úvod
 2. Charakteristika zdravotního pojištění v České republice
 3. Zdravotní pojištění zaměstnanců, osob samostatně výdělečně činných a osob bez zdanitelných příjmů
 4. Zdravotní pojišťovny v České republice
 5. Závěr
- Seznam použité literatury
Seznam zkratk
Prohlášení o využití výsledků bakalářské práce
Seznam příloh
Přílohy

Seznam doporučené odborné literatury:

ŠUBRT, Bořivoj a kol. *Abeceda mzdové účetní 2010*. 20. vyd. Olomouc: ANAG, 2010. 510 s. ISBN 978-80-7263-574-0.

VANČUROVÁ, Alena a Stanislav KLAZAR. *Sociální a zdravotní pojištění – úvod do problematiky*. 2. vyd. Praha: ASPI, 2008. 121 s. ISBN 978-80-7357-381-2.

ŽENÍŠKOVÁ, Marta. *Pojistné na sociální zabezpečení zaměstnavatelů, zaměstnanců, OSVČ, dobrovolně důchodově pojištěných s komentářem a příklady k 1. 1. 2010*. 2. vyd. Olomouc: ANAG, 2010. 143 s. ISBN 978-80-7263-579-5.

Formální náležitosti a rozsah bakalářské práce stanoví pokyny pro vypracování zveřejněné na webových stránkách fakulty.

Vedoucí bakalářské práce: **Ing. Jiřina Krajčová**

Datum zadání: 25.11.2011

Datum odevzdání: 11.05.2012

Ing. Jana Hakalová, Ph.D.
vedoucí katedry



prof. Dr. Ing. Dana Dluhošová
děkanka fakulty

Prohlášení studenta

„Prohlašuji, že jsem celou práci vypracovala samostatně. Přílohu č. 1, Přílohu č. 2, Přílohu č. 3 a Přílohu č. 4, dané mi k dispozici, jsem samostatně doplnila.“

V Ostravě dne 4. 5. 2012

Markéta Bezcna

Markéta Bezcna

Obsah

1	ÚVOD	5
2	CHARAKTERISTIKA ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ V ČESKÉ REPUBLICE ...	6
2.1	HISTORICKÝ VÝVOJ ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ	7
2.2	VZNIK A ZÁNİK ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ	8
2.3	PLÁTCI POJISTNÉHO	8
2.3.1	<i>Pojištěnci</i>	8
2.3.2	<i>Zaměstnavatelé</i>	9
2.3.3	<i>Stát</i>	9
2.4	OZNAMOVACÍ POVINNOST	12
2.4.1	<i>Oznamovací povinnost pojištěnce</i>	12
2.4.2	<i>Oznamovací povinnost zaměstnavatele</i>	13
2.4.3	<i>Oznamovací povinnost státu</i>	14
2.5	PLACENÍ POJISTNÉHO	14
2.6	POKUTY A PENÁLE	15
2.7	PŘEPLATEK POJISTNÉHO	16
3	ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ ZAMĚSTNANCŮ, OSOB SAMOSTATNĚ VÝDĚLEČNĚ ČINNÝCH A OSOB BEZ ZDANITELNÝCH PŘÍJMŮ	17
3.1	ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ ZAMĚSTNANCŮ	17
3.1.1	<i>Zaměstnanec</i>	17
3.1.2	<i>Zaměstnavatel</i>	18
3.1.3	<i>Vyměřovací základ zaměstnance</i>	19
3.1.4	<i>Minimální vyměřovací základ</i>	19
3.1.5	<i>Maximální vyměřovací základ</i>	22
3.1.6	<i>Přeplatek při maximálním vyměřovacím základu</i>	23
3.1.7	<i>Přehled o platbě pojistného</i>	25
3.1.8	<i>Kontrola placení pojistného</i>	26
3.1.9	<i>Povinnost zachovat mlčenlivost</i>	26
3.2	ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ OSOB SAMOSTATNĚ VÝDĚLEČNĚ ČINNÝCH	27
3.2.1	<i>Povinnosti OSVČ</i>	27
3.2.2	<i>Vyměřovací základ a zálohy</i>	27
3.2.3	<i>Minimální vyměřovací základ</i>	30
3.2.4	<i>Maximální vyměřovací základ</i>	31
3.2.5	<i>Přehled o příjmech a výdajích</i>	33
3.2.6	<i>Cizinci jako OSVČ</i>	33
3.3	ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ OSOB BEZ ZDANITELNÝCH PŘÍJMŮ	34
4	ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY V ČESKÉ REPUBLICE	37
4.1	VOLBA ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY	37
4.2	SEZNAM ZDRAVOTNÍCH POJIŠŤOVEN	38
4.3	VYBRANÉ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY	39
4.3.1	<i>Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky (VZP)</i>	39
4.3.2	<i>Česká průmyslová zdravotní pojišťovna (ČPZP)</i>	40
4.3.3	<i>Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna (RBP)</i>	40
4.4	SROVNÁNÍ PREVENTIVNÍCH PROGRAMŮ	40
4.4.1	<i>Příspěvky pro muže</i>	41

4.4.2	<i>Příspěvky pro ženy</i>	42
4.4.3	<i>Příspěvky pro děti a mládež</i>	43
4.5	NÁVRH REFORMY ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ	45
4.5.1	<i>Sjednocení zdravotních pojišťoven</i>	45
4.5.2	<i>Výše pojistného</i>	46
4.5.3	<i>Nadstandardní zdravotnická péče</i>	47
4.5.4	<i>Regulační poplatky</i>	49
5	ZÁVĚR	51
	Seznam použité literatury	53
	Seznam zkratk	56
	Prohlášení o využití výsledků bakalářské práce	
	Seznam příloh	

1 ÚVOD

Veřejné zdravotní pojištění je téma neustále se probírající z důvodu častých změn a novel. Mnoho lidí nemá přehled o těchto změnách, protože se o to nezajímají nebo nerozumí této problematice. Každý z nás se podílí na hrazení pojistného, a proto je důležité, abychom tyto změny sledovali, zajímali se o výši sazeb zdravotního pojištění a věděli, kolik máme zaplatit na zdravotní pojištění a z čeho se tato výše počítá.

Cílem práce je objasnit a přiblížit problematiku zdravotního pojištění u nás a srovnat preventivní příspěvky vybraných zdravotních pojišťoven. Dalším cílem bakalářské práce je rozbor vládního návrhu týkající se novelizace zdravotního pojištění a vlastní návrh reformy zdravotního pojištění.

V první kapitole jsou vysvětleny základní pojmy, jako je vznik a zánik zdravotního pojištění, kdo je plátcem pojistného, oznamovací povinnost plátců, způsob hrazení pojistného a pokuty, penále plynoucí z neuhrazeného pojistného. Úvod kapitoly nahlíží do historie zdravotního pojištění.

Druhá kapitola objasňuje jednotlivé skupiny pojištěnců zdravotního pojištění. Definiuje, kdo je zaměstnavatel, zaměstnanec, osoba samostatně výdělečně činná, ale také osoba bez zdanitelných příjmů. U jednotlivých kategorií je vysvětleno, co je vyměřovací základ a jaké byly jeho limity v jednotlivých letech, včetně roku 2012. Následně je uvedeno jakým způsobem a jak často jednotlivé skupiny hradí pojistné a prostřednictvím ukázkových příkladů je uveden výpočet pojistného.

Poslední kapitola srovnává preventivní programy tří vybraných zdravotních pojišťoven působících na našem trhu. Dále je nahlédnuto do návrhu reformy zdravotního pojištění týkající se problematiky sjednocení zdravotních pojišťoven a také se vyjasní změny, které nastanou v roce 2013. V závěru se přiblíží oblast týkající se nadstandardní péče a regulačních poplatků.

Hlavním zdrojem informací jsou dva právní předpisy, zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a dále zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění. Dalším pramenem je odborná literatura, jejímž obsahem je oblast zdravotního pojištění.

2 CHARAKTERISTIKA ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ V ČESKÉ REPUBLICE

Veřejné zdravotní pojištění je zákonné pojištění, z něhož je plně nebo částečně hrazena zdravotní péče, která je poskytnuta pojištěnci pro zlepšení jeho zdravotního stavu. Toto zdravotní pojištění poskytuje Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky a další zaměstnanecké zdravotní pojišťovny, které se nachází v České republice.

Zdravotní pojištění je upraveno zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů (dále jen ZVZP). Zákon zpracovává určitá ustanovení Evropského společenství a upravuje veřejné zdravotní pojištění, rozsah a podmínky, způsob stanovení cen a úhrad léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely placených ze zdravotního pojištění.

Další předpis zaměřený na problematiku zdravotního pojištění je zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění (dále jen ZPVZP). Tento předpis urovnává výši pojistného na všeobecné zdravotní pojištění, pokuty a penále, způsob jejich placení, kontrolu, vedení evidence plátců pojistného a zřízení zvláštního účtu všeobecného zdravotního pojištění.

Červinka (2011) ve své publikaci uvádí, že zdravotní pojištění se nevztahuje na pojištění dávek v nemoci, protože tím se zabývá nemocenské pojištění a spolu s ním i Česká správa sociálního zabezpečení, respektive okresní správy sociálního zabezpečení jako výkonné složky.

Zákon o veřejném zdravotním pojištění uvádí, že pojištění je povinné pro osoby s trvalým pobytem na území České republiky a dále také pro osoby, které na území České republiky nemají trvalý pobyt, pokud jsou zaměstnanci zaměstnavatele, který má sídlo nebo trvalý pobyt na území České republiky.

Ze zdravotního pojištění jsou vynechány osoby bez trvalého pobytu na území ČR a jsou aktivní v ČR pro zaměstnavatele, kteří požívají diplomatických výhod a imunit, nebo pro zaměstnavatele, kteří nemají sídlo na území České republiky. Dále jsou ze zdravotního pojištění vyňaty osoby, které dlouhodobě pobývají v cizině a neplatí pojistné.

Osoba neplatí zdravotní pojištění v případě dlouhodobého pobytu v cizině, kdy tato doba pobytu je nejméně 6 měsíců. Dále neplatí, pokud je v cizině pojištěn a odvádí jí zdravotní pojištění, a jestliže učinil prohlášení o dlouhodobém pobytu v zahraničí, které bylo zasláno zdravotní pojišťovně. (Červinka, 2011)

2.1 Historický vývoj zdravotního pojištění

Počátky dnešního zdravotního pojištění lze vystopovat již ve středověku. Rozmach průmyslové výroby v 19. století směřoval k vytvoření příspěvkových fondů. Zpočátku bylo zaměřeno na pojištění proti ztrátě příjmu, což je nemocenské pojištění. Postupem času se k nemocenskému pojištění přidávalo pojištění zdravotní pro krytí výdajů na zdravotní péči.

První zdravotní pojištění bylo zřízeno pro horníky v roce 1849 v Prusku. Zaměstnavatelé ale i zaměstnanci měli povinnosti platit toto pojistné. Poté začaly v Německu vznikat podnikové zdravotní pojišťovny, ale také místní. Příspěvky na pojištění platil ze dvou třetin zaměstnavatel a zbývající jednu třetinu hradil zaměstnanec. S tímto návrhem přišel Bismarck po roce 1883. Rodinní příslušníci zaměstnanců se mohli dobrovolně stát součástí pojištění, pokud tak chtěli. Zaměstnanec, který byl pojištěn, měl oprávnění na bezplatné ošetření u lékaře, na léky a od třetího dne nemoci i na nemocenské dávky.

Koncem 19. století začaly vstupovat komerční pojišťovny do oblasti zdravotního pojištění. Vzniklo to v souvislosti s legislativou, která byla akceptována v řadě evropských zemí i ve Spojených státech a která stanovovala, že pracovní úraz je rizikem zaměstnavatele. Na základě toho začaly komerční pojišťovny nabízet produkty pojišťující toto riziko. Vedle výplaty individuálních dávek nebo odškodnění pozůstalým se pojištění vztahovalo i na léčebné výlohy.

Vývoj dále pokračuje od poloviny 20. století, kdy řada západoevropských zemí nahrazuje strukturu statutárního pojištění, zabezpečovány samosprávnými fondy, národní zdravotní službou. Cílem této transformace bylo, aby se zvětšily pojistné ochrany na celou populaci a vytvářela se větší rovnost přístupu ke zdravotní péči. V 90. letech 20. století vznikl systém zdravotního pojištění také v České republice. (Němec, 2008)

2.2 Vznik a zánik zdravotního pojištění

Podle §3 odst. 1 ZVZP zdravotní pojištění vzniká:

- u osob s trvalým pobytem na území ČR dnem narození,
- u osob bez trvalého pobytu na území ČR dnem, kdy se stala zaměstnancem,
- u ostatních osob dnem, kdy získala trvalý pobyt na území ČR.

Podle §3 odst. 2 ZVZP zdravotní pojištění zaniká:

- úmrtím pojištěnce nebo jeho prohlášením za mrtvého,
- u osob bez trvalého pobytu na území ČR dnem, kdy přestala být zaměstnancem,
- ukončením trvalého pobytu na území ČR.

2.3 Plátcí pojistného

Mezi plátce pojistného se řadí pojištěnci, zaměstnavatelé, kteří odvádí pojistné za své zaměstnance a stát, který odvádí pojistné za určité skupiny osob, například za ženy na mateřské dovolené nebo za příjemce rodičovského příspěvku a další.

2.3.1 Pojištěnci

Pojištěnec je plátcem pojistného, jestliže je zaměstnanec, osoba samostatně výdělečně činná (dále jen OSVČ) nebo osoba bez zdanitelných příjmů (dále jen OBZP).

Červinka (2011) ve své publikaci uvádí, že mezi základní povinnosti pojištěného patří:

- vykonávat oznamovací povinnost,
- nahlásit zaměstnavateli svou příslušnou zdravotní pojišťovnu,
- platit zdravotní pojišťovně pojistné,
- vykonávat povinností spojené s jeho zdravotní péčí (například pravidelně navštěvovat preventivní prohlídky),
- prokazovat se průkazem pojištěnce,
- sdělit příslušné zdravotní pojišťovně změnu jména, příjmení, trvalého pobytu nebo rodného čísla, a to nejpozději do 30 dnů ode dne, kdy byla změna provedena.

Dojde-li k nesplnění některých z těchto povinností, může zdravotní pojišťovna udělit pokutu.

2.3.2 Zaměstnavatelé

Zaměstnavatelem je právnická nebo fyzická osoba, která je plátcem příjmů ze závislé činnosti a funkčních požitků podle § 6 zákona o daních z příjmů (dále jen ZDP), zaměstnává zaměstnance a má sídlo nebo trvalý pobyt na území České republiky. Zaměstnavatelé, kteří jsou ze zemí EU, EHP a Švýcarska nemají podmínku trvalého pobytu nebo sídla. (Šubrt a kol, 2010)

Trnková a Ženíšková (2008) ve své knize tvrdí, že sídlem zaměstnavatele, pokud je právnická osoba, je její sídlo nebo sídlo organizační složky, která je zapsána v obchodním rejstříku, popřípadě jiném rejstříku nebo je vedena v jiné evidenci u příslušného orgánu ČR. U fyzické osoby se tím považuje místo trvalého pobytu a u zahraniční fyzické osoby je to místo jejího podnikání. U zaměstnavatelů ze zemí EU, EHP a Švýcarska se rozumí zahraniční sídlo. Za zaměstnavatele se sídlem v ČR se pokládá i zaměstnavatel, který má sídlo v jiném členském státě EU.

2.3.3 Stát

Stát je plátcem prostřednictvím státního rozpočtu za:

1. Nezaopatřené děti

Nezaopatřeným dítětem je dítě do skončení povinné školní docházky, avšak nejdéle do 26 let věku. Tato skutečnost platí, pokud se nepřetržitě připravuje na budoucí povolání, nebo se nemůže připravovat na budoucí povolání z důvodu nemoci nebo úrazu, anebo z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu je neschopno vykonávat výdělečnou činnost.

Šubrt a kol. (2010) ve své publikaci potvrzují, že za soustavnou přípravu dítěte na budoucí povolání se považuje studium na střední škole, jakožto studium na gymnáziu, konzervatoři, střední odborné škole, vyšší odborné škole nebo středním odborném učilišti. Studium začíná prvním dnem školního roku a končí dnem ukončení studia nebo 31. srpna příslušného roku, pouze v případě absolvování příslušného ročníku je ukončení studia 30.6. Dále se za soustavnou přípravu dítěte na budoucí povolání považuje studium na vysokých

školách, kdy se jedná o studium bakalářské, magisterské nebo doktorské bez ohledu na formu studia. Zahájení studia je dnem zápisu ke studiu a končí státní zkouškou, popřípadě student ukončí studium v jeho průběhu.

2. Poživatele důchodů z důchodového pojištění

Za poživatele důchodu se považují osoby, kterým byl přiznán důchod před 1. 1. 1993 podle předpisů České a Slovenské Federativní Republiky a po 31. 12. 1992 podle předpisů České republiky. Jedná se o starobní, invalidní, vdovské, vdovecké a sirotčí důchody. Nárok na platbu pojistného státem má poživatel důchodu od doby přiznání důchodu až do doby, kdy je mu rozhodnutím důchod odejmut. Tedy i v měsících, kdy je důchod přiznán, ale není vyplácen. (Daněk a Glet, 2003)

3. Příjemce rodičovského příspěvku

Červinka (2011) tvrdí, že tento příspěvek má právo pobírat rodič, který po celý kalendářní měsíc osobně celodenně a řádně pečuje nejméně o jedno dítě do věku 4 let nebo do 7 let věku, jestliže se jedná o dítě zdravotně postižené. Za rodiče se považuje otec nebo matka či jiná osoba, která má dítě v péči.

4. Ženy na mateřské a rodičovské dovolené a osoby pobírající peněžitou pomoc v mateřství podle předpisů o nemocenském pojištění

Rodičovská dovolená se dává matce dítěte po skončení mateřské dovolené a otci od narození dítěte, a mohou ji pobírat v rozsahu, o jaký si požádají, ne však déle než do doby, kdy dítě dosáhne věku 3 let. (Daněk a Glet, 2003)

5. Uchazeče o zaměstnání včetně uchazečů o zaměstnání, kteří přijali krátkodobé zaměstnání

Za uchazeče o zaměstnání platí pojistné stát po celou dobu, kdy je veden na úřadu práce. Do této skupiny nepatří pojištěnec, který není evidován na úřadu práce.

6. Osoby pobírající dávku pomoci v hmotné nouzi a osoby s nimi společně posuzované

Aby tyto dávky mohli dostávat, nesmí být v pracovním vztahu ani vykonávat samostatnou výdělečnou činnost. Stejně tak nesmí být v evidenci uchazečů o zaměstnání a nejsou poživateli důchodu ani rodičovského příspěvku či příspěvku o nezaopatřené děti.

7. Osoby, které jsou závislé na péči jiné osoby a osoba pečující

Do této kategorie se řadí osoby závislé na péči jiné osoby ve stupni II, III nebo IV (středně těžká závislost, těžká závislost, úplná závislost) a osoby o ně pečující. A také sem patří osoby pečující o osoby mladší 10 let, které jsou závislé na péči jiné osoby ve stupni I, což je lehká závislost. (Šubrt a kol., 2010)

8. Osoby konající základní službu v ozbrojených silách, další službu nebo civilní službu a osoby povolané k vojenskému cvičení

Ve srovnání s dřívější právní úpravou byly z této skupiny od 1. 12. 2012 vypuštěny osoby konající základní nebo náhradní službu v ozbrojených silách nebo civilní službu. (Šubrt a kol., 2012)

9. Osoby ve výkonu trestu odnětí svobody

Jedná se o osoby ve výkonu zabezpečovací detence nebo osoby, které jsou ve vazbě nebo ve výkonu trestu odnětí svobody. Stát neplatí pojistné tehdy, jestliže je nařízena soudem ochranná léčba, pokud nejde o mladistvého. (Červinka, 2011)

10. Osoby celodenně osobně a řádně pečující alespoň o 1 dítě do 7 let věku nebo nejméně o 2 děti do 15 let věku

Jedná se o celodenní a řádnou péči, kdy dítě není v péči jiné osoby. Za osobu, která se řádně stará o dítě je považována matka, otec, popřípadě osoba, která převzala dítě do trvalé péče. (Šubrt a kol., 2012)

11. Příjemce dávek nemocenského pojištění

Patří sem osoby, které mají trvalý pobyt na území ČR, nejsou zaměstnanci ani OSVČ, neplatí za ně pojistné stát a jsou příjemci dávek nemocenského pojištění.

12. Osoby, které jsou invalidní ve třetím stupni nebo které dosáhly věku potřebného pro nárok na starobní důchod

Do této skupiny se nezařazují osoby, které splňují podmínky pro přiznání starobního důchodu, avšak o něj po dosažení důchodového věku nepožádaly.

13. Mladistvé umístěné ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy a ochranně výchovy

Náleží sem mladiství, kteří nemají nárok na zařazení mezi nezaopatřené děti. Podle trestního zákona může soud prodloužit ochrannou výchovu z 18 let na 19, to znamená, že stát bude platit pojistné do 19 let věku dítěte. (Šubrt a kol., 2010)

14. Osoby vykonávající dlouhodobou dobrovolnickou službu na základě smlouvy s vysílající organizací, které byla udělena akreditace Ministerstva vnitra

15. Cizince, kterým bylo uděleno oprávnění k pobytu na území ČR za účelem poskytnutí dočasné ochrany podle zvláštního právního předpisu, pokud nemají příjmy ze zaměstnání nebo jiné samostatné výdělečné činnosti

16. Žadatele o udělení mezinárodní ochrany a jeho dítě narozené na území cizince, jemuž bylo uděleno vízum k pobytu nad 90 dnů za účelem strpění pobytu

2.4 Oznamovací povinnost

Oznamovací povinnost patří mezi důležité povinnosti plátců pojistného zdravotního pojištění. Týká se zaměstnavatelů, zaměstnanců, OSVČ, OBZP, osob, za které je plátcem pojistného na zdravotní pojištění stát, zákonných zástupců i vybraných státních institucí.

2.4.1 Oznamovací povinnost pojištěnce

Při nesplnění oznamovací povinnosti pojištěnce může zdravotní pojišťovna udělit pokutu maximálně ve výši 10 000 Kč.

Každý pojištěnec má povinnost sám oznamovat následující skutečnosti:

- do 8 dnů od zahájení nebo ukončení samostatné výdělečné činnosti,

- zánik povinnosti zaměstnavatele odvádět pojistné, když pojištěnec již není nadále zaměstnán nebo má jen takový pracovněprávní vztah, ze kterého nevzniká účast na nemocenském pojištění, kdy není považován za osobou samostatně výdělečně činnou, ani za něj není plátcem pojistného stát, potom se stává OBZP,
- skutečnosti rozhodné pro vznik nebo zánik povinnosti státu platit za něj pojistné,
- po narození dítěte je zákonný zástupce povinen do 8 dnů přihlásit dítě na zdravotní pojišťovnu, u kterého je pojištěna matka dítěte,
- do 8 dnů do ztráty nebo poškození průkazu pojištěnce,
- do 8 dnů je povinen odevzdat průkaz pojištěnce při:
 - ztrátě trvalého pobytu na území ČR,
 - ukončení zaměstnání v případě pojištěnců, kteří nemají trvalý pobyt na území ČR,
 - změně zdravotní pojišťovny,
 - při dlouhodobém pobytu v cizině,
- do 30 dnů hlásí změnu jména, příjmení, trvalého pobytu a rodného čísla,
- OSVČ, která přechází k jiné zdravotní pojišťovně, je povinna při registraci u jiné zdravotní pojišťovny podat doklad o výši záloh na pojistné, vypočtených z vyměřovacího základu. (portál cpzp, 2012)

2.4.2 Oznamovací povinnost zaměstnavatele

Zaměstnavatelé mají stanovenou oznamovací povinnost, za jejíž nesplnění mohou být pokutováni až do výše 200 000 Kč. Většina oznámení jsou zaměstnavatelé povinni provést nejpozději do 8 dnů ode dne, kdy ke skutečnosti došlo a vždy ji zaznamenat na příslušný formulář k tomu určený. Mezi tyto povinnosti patří zejména změna údajů, ukončení činnosti nebo zrušení organizace, popřípadě její vstup do likvidace. (portál cpzp, 2012)

Šubrt a kol. (2010) potvrzují, že při plnění oznamovací povinnosti je zaměstnavatel povinen nahlásit obchodní název, právní formu právnické osoby, sídlo, identifikační číslo organizace a číslo bankovního účtu, pokud bude toto pojistné platit z bankovního účtu. Pokud je zaměstnavatelem fyzická osoba uvádí také jméno a příjmení, dále rodné číslo a také adresu

trvalého bydliště. Všechny tyto údaje vypisuje do formuláře „Přihláška a evidenční list zaměstnavatele“ (viz Příloha č. 1). Oznamovací povinnost se plní pomocí formuláře „Hromadné oznámení zaměstnavatele“ (viz Příloha č. 2).

Zaměstnavatel je povinen vést evidenci a záznamy o uskutečněných platbách pojistného. Pokud si zdravotní pojišťovna vyžádá údaje rozhodné pro výpočet pojistného včetně rodného čísla každého zaměstnance, je zaměstnavatel povinen je předložit. (Červinka, 2011).

Zaměstnavatel oznamuje:

- nástup zaměstnance do zaměstnání,
- ukončení pracovního poměru,
- nástup žen na mateřskou dovolenou,
- přiznání důchodu,
- změnu zdravotní pojišťovny zaměstnance, jestliže zaměstnanec tuto situaci nahlásil,
- skutečnosti rozhodné pro povinnost státu platit za zaměstnance pojistné a jiné.

2.4.3 Oznamovací povinnost státu

„Pojištěnci, za které je plátcem pojistného stát, mají povinnost oznamovat zdravotní pojišťovně skutečnosti, které mají vliv na povinnosti státu platit pojistné. Za osoby zaměstnané plní takovou povinnost zaměstnavatel, kromě případů, kdy se jedná o skutečnosti, které mu zaměstnanec nesdělil. Všechna oznámení se provádějí do 8 dnů od vzniku skutečnosti, která se oznamuje.“ (Červinka, 2011, s. 91)

2.5 Placení pojistného

Pro placení pojistného jsou stanovena obecná pravidla platná pro všechny plátce pojistného.

Mezi tyto pravidla se řadí:

- **výše pojistného**, která činí 13,5% z vyměřovacího základu a zaokrouhluje se na celé koruny nahoru.

- **rozhodné období**, ze kterého se zjišťuje vyměřovací základ. Rozhodným obdobím je kalendářní měsíc, za který se platí pojistné, výjimka je u OSVČ, jehož rozhodným obdobím je kalendářní rok.
- **způsob platby pojistného**, který se platí v české měně na účet zdravotní pojišťovny vedený u poskytovatele platebních služeb, také se může vyplácet v hotovosti zaměstnanci příslušné zdravotní pojišťovny pověřenému přijímat pojistné. Platba ze zahraničí, musí být připsána na účet příslušné zdravotní pojišťovny v českých korunách a ve správně vypočteném kurzu.
- **den platby**, je dnem, kdy dojde k připsání pojistného na účet poskytovatele platebních služeb nebo den, kdy zaměstnanec hotovost převzal. (Červinka, 2011)

2.6 Pokuty a penále

Dlužné pojistné jsou OSVČ, zaměstnavatelé i OBZP povinni doplatit. Doplatek uhradí na účet zdravotní pojišťovny, u které byla OSVČ, zaměstnavatel nebo OBZP pojištěna v době, kdy dluh vznikl. Zákon o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění stanovuje, že pokud pojistné nebo záloha na pojistné nebyla zaplacená ve stanoveném termínu anebo byla zaplacená v nižší částce, je OSVČ, zaměstnavatel nebo OBZP povinna platit penále ve výši 0,05 % dlužné částky za každý kalendářní den, ve kterém některá z těchto skutečností trvala. Procentuální sazba penále je takto stanovena i pro sociální pojištění. Každá platba penále se zaokrouhluje na celé koruny nahoru. Zdravotní pojišťovna nevymáhá dluh do výše 50 Kč a nevyměřuje penále do 100 Kč za jeden rok.

Zdravotní pojišťovna může zaměstnavateli uložit pokutu za nesplnění oznamovací povinnosti až do výše 200 000 Kč. Při opětovném nesplnění oznamovací povinnosti může být uložena pokuta až 400 000 Kč. Za nepředložení nebo zatajení dokladů ke kontrole činí maximální pokuta 50 000 Kč a při neodeslání záznamů o pracovních úrazech 100 000 Kč. Za nesplnění oznamovací povinnosti, jako je neoznámení zahájení nebo ukončení výdělečné činnosti, může být OSVČ a OBZP pokutována až do výše 10 000 Kč. Při opakovaném nesplnění 20 000 Kč. Pokutu lze udělit do 1 roku, ode dne kdy bylo shledáno nesplnění oznamovací povinnosti, nejpozději však do 3 let od doby, kdy měla být oznamovací povinnost splněna. Pokud OSVČ nepředloží doklady ke kontrole, nebo nedodá přehledy ve stanoveném termínu, zdravotní pojišťovna může uložit pokutu nejvýše 50 000 Kč. (portál vzp, 2012)

Šubrt a kol. (2010) v publikaci definuje dlužné pojistné a tvrdí, že kromě pojistného mohou mít plátcí pojistného i jiné závazky vůči zdravotní pojišťovně. Podle zákona je plátcce pojistného povinen splácet dlužné závazky v následujícím pořadí. Na prvním místě jsou pokuty, dále přírázky k pojistnému, nejstarší nedoplatky pojistného, běžné platby pojistného a v poslední řadě penále.

2.7 Přeplatek pojistného

Při úhradách pojistného může vzniknout přeplatek a to v případě, že je nesprávně placeno pojistné, což znamená, že se platí vyšší částka, než je povinná. Dalším důvodem vzniku přeplatku je porovnání výše hrazených záloh s výší pojistného za kalendářní rok a také vzniká přeplatek při překročení maximálního vyměřovacího základu u souběhu více zaměstnání. O přeplatku se nehovoří v případě, že vznikl chybnou platbou a tuto situaci řeší občanský zákoník. Přeplatky pojistného se vracejí do 5 let po uplynutí kalendářního roku, v němž vznikly. (Trnková a Ženíšková, 2008)

3 ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ ZAMĚSTNANCŮ, OSOB SAMOSTATNĚ VÝDĚLEČNĚ ČINNÝCH A OSOB BEZ ZDANITELNÝCH PŘÍJMŮ

Následující kapitola bude zaměřena na jednotlivé plátce pojistného zdravotního pojištění, na možnosti stanovení vyměřovacího základů a způsoby výpočtu pojistného.

3.1 Zdravotní pojištění zaměstnanců

3.1.1 Zaměstnanec

Za zaměstnance se považuje fyzická osoba, která vykonává činnost, na jejichž základě ji plynou nebo by měly plynout příjmy ze závislé činnosti a funkčních požitků podle ZDP, které jsou předmětem daně a nejsou od daně osvobozeny.

„Jde o osoby, které mají:

- příjmy z pracovněprávního, služebního nebo členského či jiného obdobného poměru, z nichž jsou tyto osoby povinny dbát příkazů plátce těchto příjmů,
- příjmy za práci členů družstev, společníků či jednatelů společnosti s ručeným omezením a komanditistů komanditních společností,
- odměny jako členové statutárních orgánů a dalších orgánů právnických osob a příjmy, které jim plynou v souvislosti s touto činností, dále se za zaměstnance považují např. soudci, likvidátoři.“ (Trnková a Ženíšková, 2008, s. 31)

Za zaměstnance se nepovažují:

- osoby, které mají pouze příjmy ze závislé činnosti a funkčních požitků, které nejsou předmětem daně, nebo jsou od daně osvobozeny,
- žáci a studenti, kteří mají příjmy pouze za práci z praktického výcviku,
- osoby pracující na základě dohody o provedení práce. (Trnková a Ženíšková, 2008)

Kromě výše uvedených tří skupin jsou dále mezi výjimkami uvedené i jiné případy, u kterých je podmínkou dosažení pouze takového měsíčního příjmu, který je nižší než započitatelný příjem, který s platností od 1. 1. 2012 se zvýšil na 2 500 Kč. V roce 2008 započitatelný příjem činil 400 Kč a pro rok 2009, 2010 a 2011 byl ve výši 2 000 Kč.

Trnková a Ženíšková (2008) ve své publikaci uvádí zákonem stanovené výjimky, mezi které patří:

- osoby pracující na základě dohody o pracovní činnosti,
- členové družstev, kteří bez pracovněprávního vztahu k družstvu vykonávají pro družstvo práci, za kterou jsou družstvem odměňováni,
- dobrovolní pracovníci pečovatelských služeb.

Za osoby, které pracují na základě dohody o provedení práce, se pojistné na zdravotní pojištění neodvádí. Od 1. 1. 2012 došlo ke změně a pojistné příslušné zdravotní pojišťovně se bude odvádět v případě, že odměna bude vyšší než 10 000 Kč.

3.1.2 Zaměstnavatel

Zaměstnavatel platí pojistného za své zaměstnance. Pojistné, které je ve výši 13,5% z vyměřovacího základu, odvádí zdravotní pojišťovně, u které je zaměstnanec pojištěný. Pokud jsou zaměstnanci pojištěni u více zdravotních pojišťoven, zaměstnavatel odvádí pojistné těmto pojišťovnám. Výši pojistného je zaměstnavatel povinen si sám vypočítat. Není přípustné, aby si pojistné na zdravotní pojištění platil zaměstnanec sám a to i v případě, kdyby se na tom se zaměstnavatelem dohodli.

Pojistné, které je ve výši 13,5% z vyměřovacího základu, se rozděluje tak, že třetina ve výši 4,5% se sráží zaměstnanci z jeho mzdy i bez jeho souhlasu, a zbylé dvě třetiny ve výši 9% uhradí zaměstnavatel ze svých prostředků. Pro zaměstnavatele je pojistné placené za své zaměstnance mzdovým nákladem, který je daňově uznatelný, kdežto zaplacení pojistného za zaměstnavatele je daňově neuznatelné. Pro zaměstnavatele jsou tyto mzdové náklady vysoké.

Pojistné zaměstnance se platí za jednotlivé kalendářní měsíce a je splatné od 1. do 20. dne následujícího kalendářního měsíce. Případně-li poslední den splatnosti na sobotu, neděli nebo svátek, je posledním dnem lhůty nejbližší následující pracovní den. Stejně je stanoven i odvod sociálního pojištění na okresní správu sociálního zabezpečení. Zaměstnavatel je povinen vést průkaznou evidenci o platbách pojistného. Vyžádá-li si příslušná zdravotní pojišťovna údaje rozhodné pro výpočet pojistného je zaměstnavatel povinen je vydat. Rozhodné období, z něhož se zjišťuje vyměřovací základ za zaměstnance, je kalendářní měsíc, za který se pojistné platí. (Trnková a Ženíšková, 2008)

Červinka (2011) uvádí, že zaměstnavatel je partnerem zdravotní pojišťovny z pohledu placení pojistného a plnění povinností stanovených zákonem. Partnerem není sám zaměstnanec, proto na něj nesmí zaměstnavatel přenášet své povinnosti. Mezi tyto povinnosti se řadí placení pojistného či oznamovací povinnost. Existují dvě situace, kdy se může zaměstnanec stát partnerem zdravotní pojišťovny. V prvním případě je to tehdy, když zaměstnanec zjistí, že zaměstnavatel neplní své povinnosti, především se jedná o oznamovací povinnost. K druhému případu dochází tehdy, když je zaměstnanec pověřen zaměstnavatelem se sídlem EU, EHP nebo ve Švýcarsku k vykonávání jeho povinností.

3.1.3 Vyměřovací základ zaměstnance

Vyměřovacím základem je úhrn příjmů ze závislé činnosti a funkčních požitků, které jsou předmětem daně z příjmů fyzických osob podle ZDP a nejsou od daně osvobozeny, a které mu zaměstnavatel zúčtoval v souvislosti se zaměstnáním. Vyměřovací základ nemůže být nižší než minimální vyměřovací základ.

Zúčtovaným příjmem se chápe plnění, které bylo v peněžní nebo nepeněžní formě nebo bylo ve formě výhody, kterou poskytl zaměstnavatel svému zaměstnanci. (portál vzp, 2012)

Do vyměřovacího základu zaměstnance se zahrnuje odměna, která je ve zvláštních situacích vyplácená pěstounům a dále to je příjem zaměstnance, který ukončil zaměstnání a příjem mu byl zúčtován po skončení zaměstnání.

Do vyměřovacího základu zaměstnance se nezahrnuje náhrada škody, odstupné, odchodné a věcnostní přídavek horníkům. Dále sem nepatří odměny vyplácené podle zákona o vynálezech, jednorázová sociální výpomoc poskytnutá zaměstnanci k překlenutí jeho mimořádně obtížných poměrů vzniklých v důsledku živelné pohromy, požáru, ekologické nebo průmyslové havárie a plnění, které bylo poskytnuto poživateli starobního důchodu nebo invalidního důchodu pro invaliditu III. stupně po skončení jednoho roku ode dne ukončení zaměstnání.

3.1.4 Minimální vyměřovací základ

Vančurová a Klazar (2008) ve své publikaci uvádí, že minimální vyměřovací základ u zaměstnance je minimální mzda pracovníků v pracovním poměru, kteří jsou odměňováni

měsíční mzdou. Pod pojmem minimální mzda se považuje částka minimální mzdy bez ohledu na délku pracovního úvazku, zařazení zaměstnance, odpracovanou dobu. Minimální mzda v roce 2011 i v roce 2012 činila 8 000 Kč. Zatímco ještě před pár lety bývalo zvykem, že minimální mzda rostla každoročně, od roku 2007 se minimální mzda nezměnila už 5 let.

„Minimální vyměřovací základ není určen pro zaměstnance, který je po celý kalendářní měsíc:

- osobou, za kterou platí pojistné i stát,
- osobou s těžkým tělesným, smyslovým nebo mentálním postižením, které se poskytuje mimořádné výhody II. nebo III. stupně podle předpisu o sociálním zabezpečení,
- osobou, která dosáhla věku potřebného pro nárok na starobní důchod, avšak nesplňuje další podmínky pro jeho přiznání,
- osobou, které celodenně, osobně a řádně pečuje alespoň o jedno dítě do 7 let věku nebo nejméně o dvě děti do 15 let věku,
- osobou, která současně vedle zaměstnání vykonává samostatnou výdělečnou činnost a odvádí z ní měsíčně zálohy na pojistné vypočtené alespoň z minimálního vyměřovacího základu.“ (Trnková a Ženíšková, 2008, s. 78)

Tabulka 3.1: Vývoj minimálních měsíčních mezd v letech 1993 - 2012

Vývoj minimálních měsíčních mezd v letech 1993 - 2012	
1993 - 1995	2 200 Kč
1996 - 1997	2 500 Kč
1998	2 650 Kč
1.1.1999-30.6.1999	3 250 Kč
1.7.1999-31.12.1999	3 600 Kč
1.1.2000-30.6.2000	4 000 Kč
1.7.2000-31.12.2000	4 500 Kč
2001.	5 000 Kč
2002	5 700 Kč
2003	6 200 Kč
2004	6 700 Kč
2005	7 183 Kč
1.1.2006-30.6.2006	7 570 Kč
1.7.2006-31.12.2006	7 955 Kč
2007 - 2012	8 000 Kč

zdroj: vlastní zpracování

Jestliže je vyměřovací základ zaměstnance podle §3 odst. 10 ZPVZP nižší než minimální vyměřovací základ, musí zaměstnanec doplatit příslušné zdravotní pojišťovně pojistné stanovené ve výši 13,5% z rozdílu těchto základů. Nastane-li situace, že zaměstnanec má více zaměstnavatelů, potom si zvolí zaměstnanec zaměstnavatele, prostřednictvím kterého doplatek uhradí. Pokud je vyměřovací základ nižší z důvodu překážek ze strany zaměstnavatele, potom tento doplatek uhradí zaměstnavatel.

Může dojít i ke snížení minimálního vyměřovacího základu. K tomu dochází, když zaměstnání netrvalo po celý měsíc nebo zaměstnanec byl po část měsíce nemocen, nebo měl ošetřování člena rodiny nebo nařízenou karanténu, nebo také z důvodu, že zaměstnanec byl osobou, za kterou platí pojistné i stát, případně osobou s těžkým tělesným, smyslovým nebo mentálním postižením II. nebo III. stupně, nebo osobou důchodového věku bez nároku na důchod, nebo osobou osobně, celodenně a řádně pečující o dítě do 7 let nebo o dvě děti do 15 let, jen po část kalendářního měsíce. Za těchto skutečností se snižuje minimální vyměřovací základ na poměrnou část v poměru počtu kalendářních dní. (portál vzp, 2012)

3.1.5 Maximální vyměřovací základ

Maximální vyměřovací základ se skládá ze součtů vyměřovacích základů zaměstnance zjištěných v daném kalendářním roce, za který se maximální vyměřovací základ zjišťuje. Rozhodným obdobím u maximálního vyměřovacího základu je kalendářní rok, z toho důvodu se nezohledňuje délka trvání zaměstnání nebo výkon samostatné výdělečné činnosti, důležitý je dosažený vyměřovací základ, případně jejich součet. (Šubrt a kol, 2010)

Výše maximálního vyměřovacího základu pro výpočet zdravotního, ale i sociálního pojištění pro rok 2008 a 2009 byl stanoven na 48násobek průměrné mzdy. To znamená, že v roce 2008 činilo maximum 1 034 880 Kč a v roce 2009 1 130 640 Kč. Od roku 2010 však došlo ke změnám a maximální vyměřovací základ se stanovil na 72násobek průměrné mzdy, takže pro rok 2010 byl stanoven ve výši 1 707 048 Kč. V roce 2011 činil 1 781 280 Kč a v roce 2012 1 809 864 Kč.

Placení maximálního vyměřovacího základu

- **v případě jediného zaměstnání během roku** - zaměstnavatel, u kterého zaměstnanec dosáhne maximálního vyměřovacího základu, přestává platit pojistné za daného zaměstnance, v tom případě je vyměřovací základ u takového zaměstnance od doby dosažení maxima do konce kalendářního roku nulový,
- **v případě souběhu více zaměstnání** - přesáhne-li výše vyměřovacích základů u více zaměstnavatelů částku maximálního vyměřovacího základu, potom se považuje část pojistného zaplaceného zaměstnancem vypočtená z úhrnu vyměřovacích základů přesahujících maximální vyměřovací základ za přeplatek zaměstnance na pojistném,
- **v případě více zaměstnání, která na sebe navazují** - u zaměstnance, který má více zaměstnavatelů během roku, se postupuje stejně bez ohledu na to, zda jednotlivá zaměstnání jsou v souběhu nebo na sebe navazují. (portál vzp, 2012)

Jestliže zaměstnanec během kalendářního roku změnil zdravotní pojišťovnu, potom musí žádost předložit u každé z nich a každá vrací pojistné v poměru podle délky pojištění.

Tabulka 3.2: Vývoj maximálního ročního vyměřovacího základu v letech 2008 - 2012

Vývoj maximálního ročního vyměřovacího základu v letech 2008 - 2012	
2008	1 034 880 Kč
2009	1 130 640 Kč
2010	1 707 048 Kč
2011	1 781 280 Kč
2012	1 809 864 Kč

zdroj: portál cpzp, 2012

3.1.6 Přeplatek při maximálním vyměřovacím základu

Červinka (2011) tvrdí, že o přeplatku se hovoří, jestliže bylo maximálního vyměřovacího základu dosaženo z více zaměstnání. Přeplatek vzniká, když zaměstnanci plynou příjmy od více zaměstnavatelů nebo součet vyměřovacích základů je vyšší než maximální vyměřovací základ. Přeplatek na zdravotním pojištění se vrací pouze na písemnou žádost, kterou musí napsat samostatně zaměstnanec a zároveň se vrací jen jemu nikoli zaměstnavateli. Vrácení pojistného provádí zdravotní pojišťovna, u které je pojištěnec evidován. V případě změny zdravotní pojišťovny během kalendářního roku vrací tento přeplatek obě pojišťovny v poměrné výši. Přeplatek se vrací jen při skutečně realizovaném odvodu pojistného od zaměstnavatele. Žádost o vrácení přeplatku se zpracovává na příslušný formulář, který je k dispozici na pobočce příslušné zdravotní pojišťovny či na internetových stránkách. Zaměstnavatel je povinen potvrdit úhrn vyměřovacích základů za kalendářní rok a to do 8 dnů od obdržení žádosti.

Příklad 1.

Zaměstnanec v hlavním pracovním poměru pobírá mzdu ve výši 11 628,- Kč. Je plátcem zdravotního pojištění. Jakou částkou se podílí na zdravotním pojištění zaměstnanec a zaměstnavatel?

Tabulka 3.3

VZ	11 812 Kč
Zaměstnavatel odvede pojistné	$11\,628 \times 0,135 = 1\,570$ Kč
Zaměstnanci strhne z platu	$1\,570 : 3 = 524$ Kč
Zaměstnavatel uhradí ze svých prostředků	$1\,570 - 524 = 1\,046$ Kč

zdroj: vlastní zpracování

Pojistné ve výši 524 Kč se strhne zaměstnanci z jeho mzdy a zbývající část ve výši 1 046 Kč uhradí zaměstnavatel ze svých prostředků, je to pojistné hrazené za zaměstnávání zaměstnanců. Tento výpočet lze použít pouze u zaměstnance dosahujícího alespoň minimálního vyměřovacího základu, což je minimální mzda ve výši 8 000 Kč.

Příklad 2.

Zaměstnanec má uzavřen jeden pracovní poměr na dobu neurčitou na zkrácený úvazek s měsíčním výdělkem 3 400 Kč. Nepatří do kategorie, u které není stanoven minimální vyměřovací základ. Jeho výdělek nedosahuje výše minimální mzdy.

Tabulka 3.4

Zaměstnavatel odvede doplatek pojistného ve výši 13,5%	$(8\,000 - 3\,400) \times 0,135 = 621$ Kč
Zaměstnavatel odvede pojistné ve výši	$8\,000 \times 0,135 = 1\,080$ Kč
Zaměstnanci strhne z platu 1/3 pojistného	$(3\,400 \times 0,135) : 3 = 153$ Kč
Zaměstnanci strhne dále doplatek pojistného	$153 + 621 = 774$ Kč
Zaměstnavatel ze svých prostředků zaplatí	$1\,080 - 774 = 306$ Kč

zdroj: vlastní zpracování

Existují dva způsoby stanovení odvodu. Záleží na domluvě mezi zaměstnancem a zaměstnavatelem. Prvním způsobem je, že jednu třetinu z rozdílu minimální mzdy a hrubého výdělku platí zaměstnanec. Zbývající hodnotu ve výši dvou třetin zaplatí zaměstnavatel. Druhý způsob spočívá v tom, že zaměstnanec zaplatí z rozdílu minimální mzdy a hrubého výdělku celou částku ve výši 13,5%. Pokud je vyměřovací základ nižší z důvodů překážek na straně organizace, tento rozdíl je povinna doplatit organizace.

Příklad 3.

Zaměstnanec pracuje na poloviční úvazek a pobírá mzdu ve výši 4 000 Kč a platí za něj pojistné stát. To znamená, že zaměstnanec platí pojistné jen z výdělku ve výši 4 000 Kč, nedopočítává se do minimálního vyměřovacího základu.

3.1.7 Přehled o platbě pojistného

Podle §25 odst. 3 ZPVZP musí zaměstnavatelé nejpozději v den splatnosti pojistného odevzdat každé zdravotní pojišťovně, u které jsou pojištěni jejich zaměstnanci, „Přehled o platbách pojistného“ (viz Příloha č. 3), který zahrnuje součet vyměřovacích základů zaměstnanců, kteří jsou pojištěni u příslušné zdravotní pojišťovny, celkovou výši pojistného vypočtenou jako součet pojistného jednotlivých zaměstnanců pojištěných u příslušné zdravotní pojišťovny a počet zaměstnanců, na které se údaje vztahují.

Přehled obsahuje

- **součet vyměřovacích základů** jednotlivých zaměstnanců, kteří jsou pojištěni u příslušné zdravotní pojišťovny. Do přehledů se zapisuje součet vyměřovacích základů, které byly zaměstnancům vypočteny v daném měsíci, včetně vyměřovacích základů zúčtovaných bývalým zaměstnancům, pojištěným v měsíci zúčtování u příslušné pojišťovny;
- **úhrnnou výší pojistného**, je součet jednotlivých částek pojistného, který je vypočtený z výše uvedených vyměřovacích základů;
- **počet zaměstnanců**, zde se uvádějí všichni zaměstnanci pojištění u příslušné zdravotní pojišťovny, kterým vznikají příjmy ze závislé činnosti nebo funkčních požitků podle ZDP. Uvádějí se i ti zaměstnanci, kteří měli v daném měsíci nulový vyměřovací základ z důvodu nemoci, mateřské dovolené a další. Má-li zaměstnanec u jednoho zaměstnavatele více vztahů, ze kterých mu plynou příjmy ze závislé činnosti nebo funkčních požitků podle § 6 ZDP, zahrnuje se do počtu jen jedenkrát. Do počtů zaměstnanců se nezahrnují bývalí zaměstnanci, kterým byl v daném měsíci zúčtován nějaký příjem. (Trnková a Ženíšková, 2008)

3.1.8 Kontrola placení pojistného

Daněk a Glet (2003) ve své publikaci uvádějí, že kontrolu provádějí jednotlivé zdravotní pojišťovny. Zaměstnanci příslušné zdravotní pojišťovny jsou povinni se prokázat služebním průkazem příslušné zdravotní pojišťovny a zvláštním oprávněním k takové činnosti. Kontrolou se zjišťuje správné stanovení vyměřovacího základu, výše pojistného a jeho včasné placení.

Existuje kontrola pravidelná a nepravidelná. Pravidelná kontrola se provádí podle ročního plánu kontrol. Opakování této kontroly je kratší než 5 let z důvodu promlčecí lhůty pro vyměření penále. Nepravidelné kontroly vznikají opětovnými poklesy výše plateb, nebo pokud jiná instituce upozorní na porušení povinností plátce pojistného. Datum kontroly nahlásí zdravotní pojišťovna plátcí pojistného alespoň dva týdny předem. (portál vzp, 2012)

Podle §22 ZPVZP se kontrola uskutečňuje u plátce pojistného a realizuje se v rozsahu nezbytně nutném pro dosažení jejího účelu. Plátce pojistného je povinen ve vztahu k pověřenému zaměstnanci předložit účetní a jiné doklady, které dokazují způsob stanovení a placení pojistného. Dále je plátce povinen předložit záznamy, o které pověřený zaměstnanec požádá a podat k nim ústně nebo písemně vysvětlení, jestliže zaměstnanec pojišťovny má pochybnost o jejich úplnosti, správnosti nebo pravdivosti. Plátce nesmí zatajovat doklady, které má k dispozici nebo o nichž je mu známo, kde se nacházejí a musí zajistit vhodné místo a podmínky k provádění kontroly, popřípadě zapůjčit potřebné doklady i mimo prostor provádění kontroly.

3.1.9 Povinnost zachovat mlčenlivost

§23 ZPVZP uvádí, že zaměstnanci příslušné zdravotní pojišťovny jsou povinni zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, o kterých se při kontrole dozvěděli. Porušením mlčenlivosti se nepovažuje vzájemné poskytování informací mezi správcí daní, zdravotního a sociálního pojištění, které jsou nezbytné pro kontrolu plátců a použití informací ve vztahu k třetím osobám při uplatnění a vymáhání dlužného pojistného.

3.2 Zdravotní pojištění osob samostatně výdělečně činných

OSVČ je osoba podnikající na základě živnostenského listu nebo koncesní listiny. Způsob placení pojistného u této skupiny osob je odlišný.

Podle §5 ZVZP se za OSVČ považují:

- osoby provozující zemědělskou výrobu,
- osoby provozující živnost,
- osoby provozující podnikání podle zvláštních předpisů,
- osoby vykonávající uměleckou nebo jinou tvůrčí činnost,
- společníci veřejné obchodní společnosti a komplementáři komanditní společnosti,
- osoby vykonávající činnost mandátáře na základě mandátní smlouvy,
- osoby vykonávající nezávislé povolání, které není živností ani podnikáním podle zvláštních právních předpisů,
- spolupracující osoby osob samostatně výdělečně činných.

3.2.1 Povinnosti OSVČ

Podle ZPVZP je OSVČ povinna nejpozději do jednoho měsíce předložit všem zdravotním pojišťovnám, u kterých byla v tomto období pojištěna, „Přehled o příjmech a výdajích“ (viz Příloha č. 4) vynaložených na jejich dosažení, zajištění a udržení, zaplacených zálohách na pojistné a vyměřovacím základu. Pokud OSVČ zpracovává daňové přiznání daňový poradce, je povinna tuto skutečnost příslušné zdravotní pojišťovně uvést do 30. dubna kalendářního roku, ve kterém má povinnost podat daňové přiznání za předchozí kalendářní rok. Povinnost podat přehled o příjmech a výdajích příslušné zdravotní pojišťovně do 8. dubna následujícího roku má OSVČ i v případě, kdy není povinna podle zvláštního právního předpisu daňové přiznání podávat.

3.2.2 Vyměřovací základ a zálohy

OSVČ platí pojistné na zdravotní pojištění ve výši 13,5% z vyměřovacího základu. „Vyměřovací základ je pro OSVČ 50% z částky, o kterou příjmy ze samostatné výdělečné

činnosti přesáhnou v rozhodném období výdaje na dosažení, udržení a zajištění příjmu.“ (Vančurová a Klazar, 2008, s. 64)

Procentní sazba byla od roku 1993 stále 35%, pro rok 2004 se zvýšila na 40%, v roce 2005 došlo ke změně na 45%. Od roku 2006 až do současnosti činí její výš 50%. Procentní sazba stanovuje, jaká část zisku ze samostatné výdělečné činnosti je brána za tu, která je určena pro osobní spotřebu poplatníka. (Vančurová a Klazar, 2008)

Pilatová (2011) tvrdí, že OSVČ je povinna platit pojistné formou záloh a popřípadě uhradit doplatky pojistného. Splatnost zálohy je od prvního dne kalendářního měsíce, za který se platí, do osmého dne následujícího kalendářního měsíce.

Zálohy je povinen platit každý, u něhož je podnikání hlavním zdrojem příjmů. Zálohy neplatí OSVČ, která je zároveň zaměstnancem a toto zaměstnání je pro ni hlavním zdrojem příjmů a samostatná výdělečná činnost pouze vedlejším zdrojem příjmů. Zálohy dále neplatí podnikatel, za kterého je plátcem pojistného stát a který zahajuje podnikání v prvním roce. Ten zaplatí pojistné až po podání daňového přiznání za uplynulý kalendářní rok. Dále to je podnikatel, který nemá stanoven minimální vyměřovací základ. Záloha na zdravotní pojištění v roce 2011 byla ve výši 1 670 Kč a pro rok 2012 se zvýšila na 1 697 Kč.

Doplatek musíme zaplatit do osmi dnů po podání „Přehledu o příjmech a výdajích“ za uplynulý rok a vzniká, jestliže součet záloh nedosahuje výši pojistného. Potom se tento nedoplatek musí uhradit. (portál cpzp, 2012) Pilatová (2011) ve své publikaci uvádí, že pokud je na základě přehledu o příjmech a výdajích stanoveno, že výše záloh je vyšší než pojistné vypočtené z příjmů za příslušný kalendářní rok, potom zdravotní pojišťovna musí vrátit tento přeplatek nejpozději do 30 dnů, ode dne kdy přeplatek zjistila. Předpis zálohy a doplateků je daňově neuznatelným nákladem.

Červinka (2011) potvrzuje, že pokud je OSVČ po celý kalendářní měsíc práce neschopnou nebo jí byla nařízena karanténa podle zvláštních právních předpisů, nemusí za ten měsíc platit zálohu na pojistné. Tuto situaci však OSVČ musí nahlásit příslušné zdravotní pojišťovně. Pokud měla OSVČ v době nemoci nárok na výplatu nemocenského nebo peněžité pomoci v mateřství, potom se její minimální vyměřovací základ snižuje na poměrnou část podle počtu měsíců trvání této skutečnosti.

Výpočet ročního pojistného (RP)

$$RP = 0,5 \times 0,135 \times \text{základ daně}$$

$$\text{základ daně} = \text{výnosy} - \text{náklady}$$

Výpočet měsíční zálohy na pojistné

$$\text{Měsíční záloha} = \text{roční pojistné} / 12$$

Tabulka 3.5: Vývoj minimálních měsíčních záloh od roku 1993 do roku 2012

Vývoj minimálních měsíčních záloh od roku 1993 do roku 2012	
1993 - 1995	297 Kč
1996 - 1997	338 Kč
1998	358 Kč
1.1.1999-30.6.1999	439 Kč
1.7.1999-31.12.1999	486 Kč
1.1.2000-30.6.2000	540 Kč
1.7.2000-31.12.2000	608 Kč
2001	675 Kč
2002	770 Kč
2003	837 Kč
2004	1 071 Kč
2005	1 143 Kč
1.1.2006-31.3.2006	1 218 Kč
1.4.2006-31.12.2006	1 272 Kč
2007	1 360 Kč
2008	1 456 Kč
2009	1 590 Kč
2010	1 601 Kč
2011	1 670 Kč
2012	1 697 Kč

zdroj: vlastní zpracování

3.2.3 Minimální vyměřovací základ

Tento vyměřovací základ je stanoven jako dvanáctinásobek 50% průměrné měsíční mzdy v národním hospodářství za kalendářní rok, který po dva roky předchází roku, po který je vyměřovací základ stanovován. Vyměřovací základ nesmí být nižší než minimální stanovený vyměřovací základ pro daný rok. Až do roku 2003 se minimální vyměřovací základ odvozoval z minimální mzdy, ale ke změně došlo od roku 2004, kdy se vyměřuje z poloviny průměrné měsíční mzdy.

Minimální roční vyměřovací základ pro rok 2011 byl 148 440 Kč a minimální měsíční vyměřovací základ byl 12 370 Kč. Pro rok 2012 došlo ke zvýšení minimálního měsíčního vyměřovacího základu na 12 568, 50 Kč. (portál vzp, 2012)

Ne všichni pojištěnci mají stanovený minimální vyměřovací základ. Stejně jako u zaměstnanců, se zde také vyskytují výjimky u osob, pro které minimální vyměřovací základ neplatí. Osoby, na které se minimální vyměřovací základ nevztahuje z pohledu zaměstnanců je shodný s OSVČ (viz zaměstnanci).

Příklad 4.

Osoba samostatně výdělečně činná má hrubé příjmy ze závislé činnosti ve výši 548 500 Kč a zaměstnání je hlavním zdrojem jejich příjmů. Z podnikání má náklady ve výši 158 000 Kč a výnosy 308 000 Kč. Všechny výnosy a náklady jsou daňově uznatelné. Zálohy na pojistné v roce 2011 neplatil a ani o nich neúčtoval.

Tabulka 3.6

Základ daně	$308\,000 - 158\,000 = 150\,000$ Kč
Roční pojistné	$150\,000 \times 0,5 \times 0,135 = 10\,125$ Kč
Zálohy	0 Kč

zdroj: vlastní zpracování

OSVČ musí doplatit pojistné ve výši 10 125 Kč zdravotní pojišťovně, u které je pojištěná, protože v roce 2011 neplatil zálohy na pojistné. V roce 2012 nebude platit zálohy na pojistné, poněvadž je zaměstnaný, a proto se ho odvod záloh netýká.

Příklad 5.

Osoba samostatně výdělečně činná má příjmy za rok 2011 ve výši 920 000 Kč a výdaje ve výši 850 000 Kč. Samostatnou výdělečnou činnost vykonává celých 12 kalendářních měsíců a zálohy zaplatil v celkové výši 18 000 Kč.

Tabulka 3.7

Základ daně	$920\,000 - 850\,000 = 70\,000$ Kč
Minimální VZ	148 440 Kč
Vypočtený VZ	$70\,000 \times 0,5 = 35\,000$ Kč
Upravený VZ	148 480 Kč
Roční pojistné	$148\,440 \times 0,135 = 20\,040$ Kč
Zálohy	18 000 Kč
Doplatek	2 040 Kč

zdroj: vlastní zpracování

Osoba samostatně výdělečně činná musí doplatit zdravotní pojišťovně, u které je pojištěná 2 045 Kč, protože zálohy byly ve výši 18 000 Kč a celkové vypočtené pojistné činí 20 045 Kč, proto vznikl nedoplatek. Pojistné jsme počítali z výše minimálního vyměřovacího základu pro rok 2011, poněvadž výše základu daně, vypočteného jako rozdíl mezi příjmy a výdaji, je nižší než minimální vyměřovací základ.

3.2.4 Maximální vyměřovací základ

Pilatová (2011) tvrdí, že vyměřovací základ nesmí být vyšší než maximální vyměřovací základ. Po dlouhou dobu byl maximální vyměřovací základ stanoven ve výši 486 000 Kč. Avšak v roce 2008 došlo ke změně maximálního vyměřovacího základu a stanovil se jako 48násobek průměrné mzdy. Od roku 2010 je maximální vyměřovací základ stanoven jako 72násobek průměrné mzdy.

V roce 2011 činil 1 781 280 Kč a maximální záloha na pojistné byla stanovena ve výši 20 040 Kč. Pro rok 2012 je určen maximální roční vyměřovací základ 1 809 864 Kč a maximální záloha na pojistné je 20 361 Kč. (portál vzp, 2012) Maximální vyměřovací základ se rok co rok neustále zvyšuje a stejně tak to bylo i s maximálním vyměřovacím základem u sociálního pojištění, který byl v roce 2011 ve stejné výši. Pro rok 2012 však došlo

ke změně u maximálního vyměřovacího základu sociálního pojištění, který klesl na 1 206 576 Kč, což je pokles o 580 000 Kč. Kdežto u zdravotního pojištění se zase zvýšil o 30 000 Kč za rok.

Tabulka 3.8: Vývoj minimálního a maximálního ročního vyměřovacího základu pro rok 2007 - 2012

Vývoj minimálního a maximálního ročního vyměřovacího základu pro rok 2007 - 2012		
období	minimální VZ	maximální VZ
2007	120 834 Kč	486 000 Kč
2008	129 360 Kč	1 034 880 Kč
2009	141 330 Kč	1 130 640 Kč
2010	142 254 Kč	1 707 048 Kč
2011	148 480 Kč	1 781 280 Kč
2012	150 822 Kč	1 809 864 Kč

zdroj: vlastní zpracování

Příklad 6.

Osoba samostatně výdělečně činná podnikala v roce 2011 jen 6 měsíců. Za tyto měsíce vykázala velmi dobré výdělky. Dílčí základ daně činil za rok 2011 4 000 000 Kč.

Tabulka 3.9

Základ daně	4 000 000 Kč
Maximální VZ	1 781 280 Kč
Vypočtený VZ	$4\,000\,000 \times 0,5 = 2\,000\,000$ Kč
Upravený VZ	1 781 280 Kč
Roční pojistné	$1\,781\,280 \times 0,135 = 240\,473$ Kč

zdroj: vlastní zpracování

Vyměřovací základ stanovený z dílčího základu daně za rok 2011 by byl 2 000 000 Kč. Jde však o částku vyšší než maximální vyměřovací základ 1 781 280 Kč. Pojistné na zdravotní pojištění se tak odvede z částky 1 781 280 Kč ve výši 240 473 Kč. Skutečnost, že OSVČ měla příjmy jen v 6 měsících roku 2011, nemá v tomto případě vliv – maximální vyměřovací základ se nezkracuje.

3.2.5 Přehled o příjmech a výdajích

OSVČ provádí výpočet pojistného jednou za rok, protože pro ni je rozhodným obdobím právě kalendářní rok. Roční zúčtování provádí na formulářích příslušné zdravotní pojišťovny „Přehled o příjmech a výdajích ze samostatné výdělečné činnosti“ a úhrnu záloh na pojistném. OSVČ je povinna podat zdravotní pojišťovně, u které je pojištěna, tento tiskopis do 30 dnů ode dne, ve kterém měla podat daňové přiznání. OSVČ, která není povinna podat daňové přiznání, musí formulář předat do 8. dubna. (Pilatová, 2011)

Přehled o příjmech a výdajích ze samostatné výdělečné činnosti a úhrnu záloh na pojistném slouží pro výpočet výše pojistného, které je OSVČ povinna zaplatit za kalendářní rok, za nějž se Přehled podává. Přehled také slouží pro určení výše zálohy na pojistné, které potom OSVČ bude platit od měsíce, ve kterém podala přehled. (Červinka, 2011)

Pilatová (2011) uvádí, že v případě nepředložení přehledu příslušné zdravotní pojišťovně hrozí OSVČ pokuta až ve výši 50 000 Kč. Stejně tak může zdravotní pojišťovna i bez odevzdání tohoto přehledu sama vypočíst předpokládanou výši pojistného z údajů, které má k dispozici nebo si sama obstarala.

3.2.6 Cizinci jako OSVČ

Mohou nastat čtyři různé případy podle toho, o jakého cizince se jedná.

- **Cizinec s trvalým pobytem** - bez ohledu na výkon samostatné výdělečné činnosti je účast na veřejném zdravotním pojištění povinná.
- **Cizinec ze zemí EU** – s ohledem na výkon samostatné výdělečné činnosti se platí veřejné zdravotní pojištění. Po skončení samostatné výdělečné činnosti končí účast na veřejném zdravotním pojištění i nezaopatřeným rodinným příslušníkům.
- **Cizinec ze třetí země bez trvalého pobytu a bez zaměstnání v ČR** – tato osoba není účastníkem veřejného zdravotního pojištění.
- **Cizinec ze třetí země bez trvalého pobytu, který je zároveň zaměstnancem v ČR** – je účastníkem pojistného z titulu zaměstnání a zároveň bude platit pojistné ze samostatné výdělečné činnosti. Rodinní příslušníci s ním pojištění nejsou. (Červinka, 2011)

3.3 Zdravotní pojištění osob bez zdanitelných příjmů

Jak uvádí Šubrt a kol. (2010), tak osoba, která je kryta českým systémem veřejného zdravotního pojištění musí být uvedena jako zaměstnanec, OSVČ nebo osoba, za kterou platí pojistné stát či jako OBZP. Jestliže není pojištěnec v průběhu kalendářního měsíce umístěn do jedné ze skupiny, pak je jeho nutností a hlavně povinností nechat se za daný měsíc zaregistrovat u své zdravotní pojišťovny, jako OBZP.

Za OBZP je považován pojištěnec, který nemá v rámci celého kalendářního měsíce příjmy ze zaměstnání nebo ze samostatné výdělečné činnosti nebo za něj není plátcem pojistného stát. (Šubrt a kol., 2010) Tento pojištěnec musí sám platit měsíčně pojistné ve výši vypočtené z vyměřovacího základu, kterým je minimální mzda. Výše pojistného je ve stejné výši jako minimální měsíční pojistné zaměstnanců. Pro rok 2012 je minimální platba pojistného 1 080,- Kč. Toto pojistné je mnohem nižší než pojistné OSVČ.

Splatnost pojistného je od 1. dne kalendářního měsíce, za který se platí, do 8. dne následujícího kalendářního měsíce. Případně-li poslední den splatnosti na sobotu, neděli nebo svátek, je posledním dnem lhůty první následující pracovní den. (Červinka, 2011)

Příklad 7.

Paní Malá má dvě děti do 15 let věku, se kterými zůstala doma a nepracuje. Dcera má 8 let a navštěvuje školní družinu a synovi je 13 let. V tom případě paní Malá je osobou bez zdanitelných příjmů, protože nepracuje a celodenně osobně a řádně nepečuje o dvě děti do 15 let věku. Kdyby dcera nenavštěvovala školní družinu, byla by paní Malá osobou, za kterou platí pojistné stát.

Do skupiny OBZP je zařazena například:

- žena v domácnosti, která není na rodičovské dovolené, nepobírá důchod nebo se celodenně osobně a řádně nestará alespoň o jedno dítě do 7 let věku nebo nejméně o dvě děti do 15 let,
- student, který po ukončení školy nenastoupí po prázdninách do zaměstnání ani nezačne podnikat a není vedený v evidenci na úřadu práce anebo student starší 26 let,
- zaměstnanec, který pracuje na dohody o provedení práce a není registrovaný na úřadu práce,

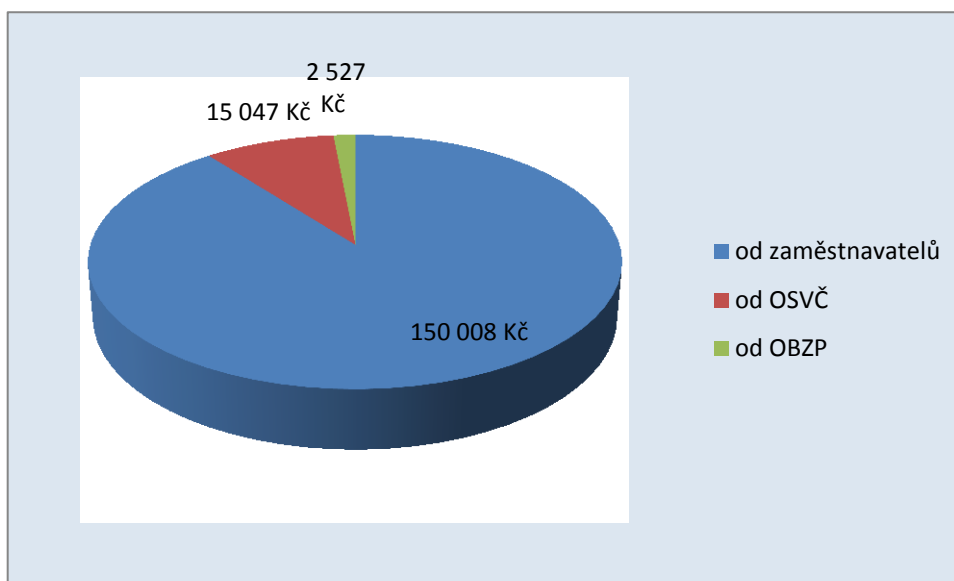
- člen náboženského řádu bez příjmů,
- nezaměstnaný, který není v evidenci úřadu práce,
- osoba, která žije z úspor, nebo má příjmy jen z pronájmu jako je například rentiér,
- chovanec psychiatrické léčebny, který nepobírá žádný důchod,
- pacient, který se podrobuje ochranné léčbě a neplatí za něj pojistné stát,
- pokud uvedené skutečnosti trvají po celý kalendářní měsíc. (portál cpzp, 2012)

Osoba nezaměstnaná, která není v evidenci úřadu práce je považována za OBZP a tato osoba musí sama platit pojistné vypočtené z minimálního vyměřovacího základu. Podle zákona o zaměstnanosti může být uchazeč o zaměstnání vyřazen z úřadu práce, pokud odmítne nastoupit do zaměstnání nebo na dohodnutou rekvalifikaci či neplní tuto rekvalifikaci v plném rozsahu. Také může být vyřazen, jestliže se odmítá podrobit vyšetření svého zdravotního stavu nebo psychologickému vyšetření, nebo pokud maří součinnost s krajskou pobočkou Úřadu práce, což znamená, že se nedostavuje na dohodnuté schůzky a konzultace s Úřadem práce.

Příklad 8.

Slečna Kateřina v červnu roku 2011 úspěšně složila maturitní zkoušku a měla nárok na dvou měsíční prázdniny, avšak účetní její maminky byla uspěchaná a vyžadovala nástup slečny Kateřiny na úřad práce. V tom případě maminka Katky přišla o zvýhodnění na dítě. Podle §35 zákona o DZP Katka byla v evidenci úřadu práce, kdy za ní zdravotní pojištění platí stát. Katka však v srpnu odjela na dva měsíce do zahraničí a nedostavila se na schůzku s úřadem práce, proto byla z evidence úřadu práce vyřazena a musela si začít platit pojistné na zdravotní pojištění sama a stala se tak osobou bez zdanitelných příjmů.

Graf 3.1 Výnosy z pojištění za rok 2011 v mil. Kč



zdroj: vlastní zpracování

Z uvedeného grafu je patrné, že z celkové hodnoty 167 582 mil. Kč mají největší podíl příjmy od zaměstnavatelů, což je necelých 90%. Zbývajících 10% jsou příjmy od osob samostatně výdělečně činných (9%) a od osob bez zdanitelných příjmů (1%).

4 ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY V ČESKÉ REPUBLICE

Na českém trhu působí osm zdravotních pojišťoven. Tyto zdravotní pojišťovny spravuje Svaz zdravotních pojišťoven České republiky působící v Praze. Svaz vznikl v roce 1993 a sdružuje všech osm zdravotních pojišťoven. Svaz zdravotních pojišťoven ČR hájí společné zájmy zdravotních pojišťoven a jejich klientů ve vztahu ke státním organizacím, profesním svazům a poskytovatelům zdravotní péče. Jejich hlavním cílem je zkvalitňování služeb pro své klienty. Zaměstnanecké zdravotní pojišťovny poskytují služby pro cca 4,3 mil. občanů ČR. (portál szpcr, 2012)

4.1 Volba zdravotní pojišťovny

Dát doporučení na výběr zdravotní pojišťovny nelze, poněvadž jednotlivé preventivní programy jsou určeny různým skupinám pojištěnců a způsob čerpání příspěvků je u jednotlivých pojišťoven různý. Při výběru je třeba pamatovat na to, že některé pojišťovny zvýhodňují pojištění celých rodin a délku trvání pojištění. Počítat je třeba rovněž s průběžnou aktualizací a doplňováním nabídek.

Každý pojištěnec může být pojištěn pouze u jedné zdravotní pojišťovny a má právo si sám zvolit zdravotní pojišťovnu, u které chce být pojištěný. Právo na výběr zdravotní pojišťovny se nevyužije při narození dítěte. Dnem narození se dítě stává pojištěncem zdravotní pojišťovny, u které je pojištěna jeho matka. Za osoby nezletilé nebo za osoby bez způsobilosti k právním úkonům vykonává změnu zdravotní pojišťovny jeho zákonný zástupce. Změnu zdravotní pojišťovny dítěte může jeho zákonný zástupce provést až po přidělení rodného čísla dítěti, a to k 1. dni kalendářního čtvrtletí. Do roku 2011 bylo možno změnit zdravotní pojišťovnu k prvnímu dni kalendářního čtvrtletí. Od prosince 2011 jde změnit zdravotní pojišťovnu vždy pouze k 1. lednu následujícího roku. Přitom je nutné doručit nové zdravotní pojišťovně přihlášku nejpozději 6 měsíců před daným termínem.

„Pro účely jednoznačného zařazení a evidence pojištěnců u příslušné zdravotní pojišťovny vede VZP Centrální registr všech pojištěnců. Tento registr obsahuje údaje o průběhu pojištění u všech pojištěnců veřejného zdravotního pojištění. Údaje pro účely vedení registru jsou povinny sdělovat všechny zdravotní pojišťovny.“ (Červinka, 2011, s. 22)

4.2 Seznam zdravotních pojišťoven

Občané ČR mají zákonem zaručenou bezplatnou základní zdravotní péči. Její financování zajišťuje osm zdravotních pojišťoven. Každá z nich nabízí svým pojištěncům řadu různých výhod. Kritériem pro výběr by měla být především dostupnost smluvní lékařské péče pojišťovny a pak praktická využitelnost nabízených výhod v klientově individuálním případě. V minulosti bylo více zdravotních pojišťoven, došlo však k několika sloučením.

Následující tabulka uvádí seznam pojišťoven včetně jejich kódů, stručného popisu a internetových adres.

Tabulka 4.1: Seznam zdravotních pojišťoven v ČR

Název	Kód	Stručný popis	Odkaz
Český průmyslová zdravotní pojišťovna	205	Vznikla 1. 10. 2009 sloučením České národní zdravotní pojišťovny a Hutnické zaměstnanecké pojišťovny. Je to třetí největší zdravotní pojišťovna u nás s více než 700 000 pojištěnci.	www.cpzp.cz
Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví	207	Je druhou největší zaměstnaneckou pojišťovnou v ČR. Jedná se o pojišťovnu otevřenou, tzn., že jejím pojištěncem se může stát kdokoliv.	www.ozp.cz
Revírní bratrská pokladna	213	Vznikla v roce 1993, ale navazuje na dávnou tradici pojištění v hutnictví, hlavně na Ostravsku. Dnes patří se 400 000 pojištěnců k největším zaměstnaneckým pojišťovnám.	www.rbp-zp.cz
Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR	111	Tato pojišťovna je zřizována státem a jde o největší českou zdravotní pojišťovnu s více než šesti miliony pojištěnců. Byla zřízena zákonem již 1. ledna 1992 a je jedním z pilířů českého zdravotnictví.	www.vzp.cz

Zaměstnanecká pojišťovna Škoda	209	Ačkoliv jde o otevřenou zdravotní pojišťovnu, jejímž pojištěncem se může stát kdokoli, silné vazby na ŠKODA AUTO a.s. stále existují.	www.zpskoda.cz
Zdravotní pojišťovna METAL-ALIANCE	217	Působí na českém trhu od roku 1993 a se 400 000 klientů je dnes stabilní a zavedenou zdravotní pojišťovnou.	www.zpma.cz
Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR	211	Je největší zaměstnaneckou pojišťovnou v ČR a druhou největší zdravotní pojišťovnou v ČR vůbec. Využívá ji více než milion klientů.	www.zpmvcr.cz

zdroj: portál e-pojišťovny, 2012

V roce 2010 zde působila i zdravotní pojišťovna Média, ta se však k 28. březnu 2011 sloučila se Všeobecnou zdravotní pojišťovnou České republiky. Klienti Zdravotní pojišťovny MÉDIA se tímto stali klienty VZP. Sloučení pojišťovny bylo zapříčiněno nesplněním zákonných závazků, co se týče dosažení počtu nejméně 100 000 pojištěnců.

4.3 Vybrané zdravotní pojišťovny

4.3.1 Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky (VZP)

Všeobecná zdravotní pojišťovna je největší zdravotní pojišťovnou v ČR, má více než 6,2 miliony klientů a na našem trhu existuje již od roku 1992. Dlouhodobě patří k základním pilířům systému zdravotnictví v ČR. V této pojišťovně je více než polovina obyvatel naší země. VZP je členem Evropské sítě boje proti podvodům a korupci ve zdravotnictví a také Mezinárodní asociace vzájemných pojišťoven. Organizační strukturu zdravotní pojišťovny tvoří ústředí, regionální pobočky označené jako krajské pobočky, dále klientská pracoviště označená jako územní pracoviště a v poslední řadě úřadovny. Organizační řád VZP upravuje organizaci a postavení organizačních složek. V čele stojí ředitel Všeobecné zdravotní pojišťovny MUDr. Pavel Horák CSc., kterého jmenuje a odvolává správní rada Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR. Ředitel je statutárním orgánem VZP ČR a jedná jejím jménem. (portál vzp, 2012)

4.3.2 Česká průmyslová zdravotní pojišťovna (ČPZP)

Stala se třetí největší zdravotní pojišťovnou s více než 80 pobočkami po celé České republice. Na základě rozhodnutí Ministerstva zdravotnictví České republiky došlo 1. října 2009 ke sloučení České národní zdravotní pojišťovny a Hutnické zaměstnanecké pojišťovny s novým názvem Česká průmyslová zdravotní pojišťovna. Cílem bylo vytvořit silnější subjekt, který je založen, stejně jako původní zaměstnanecké pojišťovny, na úzké spolupráci s českým průmyslem. Organizační strukturu České průmyslové zdravotní pojišťovny vymezuje organizační řád ČPZP. Organizační strukturu tvoří úsek generálního ředitele ČPZP, finanční úsek, zdravotní úsek, úsek marketingu a prodeje a také úsek strategie a rozvoje. Generální ředitel České průmyslové zdravotní pojišťovny je JUDr. Petr Vaněk, Ph.D. Orgány ČPZP zabezpečují účast pojištěnců, zaměstnavatelů a státu na řízení a rozhodování o zásadních otázkách týkajících se činnosti ČPZP. (portál cpzp, 2012)

4.3.3 Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna (RBP)

Je jednou z největších zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven v ČR. Registruje více než 416 000 pojištěnců převážně na severní a střední Moravě a ve Slezsku. RBP je členem Svazu zdravotních pojišťoven ČR, stejně jako ostatní zdravotní pojišťovny, a existuje od roku 1993. Organizační strukturu tvoří Správní rada, dozorčí rada, ředitel RBP Ing. Lubomír Káňa a rozhodčí orgán. Mezi zakladatelské organizace této pojišťovny patří například Ostravsko-karvinské doly, a.s. Ostrava, TATRA, a. s. Kopřivnice, MAGNETON, a.s. Kroměříž a další. (portál rbp-zp, 2012)

4.4 Srovnání preventivních programů

Preventivní programy, které nabízí Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky, Česká průmyslová zdravotní pojišťovna a Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna, se zaměřují na muže, ženy starší 19 let a studenty, děti a mládež. Jednotlivé pojišťovny mají i speciální programy pro dárce krve, matky s dětmi, nebo různé bonusové programy. Budou však rozebrány pouze tři zmíněné kategorie. Důvodem výběru těchto tři zdravotních pojišťoven je jejich velikost, počet pojištěnců, který si získali a místo, ve kterém působí. VZP nabízí své služby klientům po celé ČR, kdežto ČPZP a RBP působí na Moravě a ve Slezsku.

ČPZP a VZP mají speciálně vytvořené příspěvky pro muže, ženy i děti, kdežto RBP má tyto příspěvky pro děti a mládež od 7 do 18 let a pro pojištěnce starší 19 let, z čehož vyplývá, že se nezaměřují samostatně na ženy a muže.

4.4.1 Příspěvky pro muže

Jedná se o příspěvky pro muže ve věku od 19 let. Společným srovnatelným znakem pro tyto tři zdravotní pojišťovny byla očkování nehrazená z veřejného zdravotního pojištění.

Tabulka 4.2

Typ očkování	VZP	ČPZP	RBP
Klíšťová encefalitida	300 Kč	1 000 Kč	500 Kč
Hepatitida A, B, AB	0 Kč	1 000 Kč	500 Kč
Chřipka	0 Kč	1 000 Kč	300 Kč

zdroj: vlastní zpracování

VZP

VZP hradí pouze očkování proti klíšťové encefalitidě do výše 300 Kč a to formou jedné dávky zdarma. Dále nabízí pro muže, ale také pro ženy neplacené pravidelné preventivní prohlídky u praktického lékaře (co 2 roky) a u stomatologa (2krát ročně) a jiné. Vše je rozděleno podle věku a pohlaví. Také nabízí pro klubové klienty výhody v podobě bonusů a to tak, že sbírají body maximálně do výše 1 500 Kč, které potom mohou uplatnit buď na očkování, nebo na pohybové aktivity. Body se sbírají za podstoupení lékařské prohlídky u gynekologů, stomatologů, praktických lékařů, za mamografické vyšetření atd. Tyto bonusové programy jsou určeny pro muže i ženy od 15 let.

ČPZP

Přispívá na všechna očkování až 1 000 Kč a obdobně to je i u RBP, ta však má přesně vymezená očkování a výši příspěvků, které nabízí těmto očkováním. Kromě toho ČPZP nabízí příspěvek ve výši 1 000 Kč na prevenci rakoviny tlustého střeva, rakoviny kůže a vyšetření zřakového nervu a také příspěvek až 1 500 Kč na sportovní prohlídku, celiakii a laserovou operaci očí.

RBP

Nabízí nákup vitamínů do 100 Kč. Příspěvek ve výši 300 Kč je poskytnut na prohlídky registrovaných sportovců, úhradu léčivých přípravků při nezhoubném zbytnění prostaty u mužů nad 45 let věku, na absolvování odborně vedeného kurzu proti obezitě, na kontaktní čočky a jiné.

Nejmenší příspěvky na očkování, ale i na jiné zdravotní programy či aktivity poskytuje VZP. ČPZP a RBP nabízí mnohem více příspěvků s vyšším finančním oceněním. Ze všech tří kategorií je pro muže vytyčeno nejméně nabídek a programů, více se zdravotní pojišťovny zaměřují na ženy a zejména na děti.

4.4.2 Příspěvky pro ženy

Příspěvky jsou poskytovány ženám od 19 let věku a některé zdravotní pojišťovny se zaměřují i na těhotné ženy či na ženy na mateřské dovolené. Srovnatelným znakem u žen je očkování, které se zcela shoduje s očkováním pro muže (viz příspěvky pro muže). Mimo to každá zdravotní pojišťovna poskytuje ženám i jiné příspěvky, které se liší a nelze je srovnat.

VZP

Poskytuje jako jediná zdarma třetí dávku očkování proti rakovině děložního čípku pro ženy od 10 – 25 let.

ČPZP

Nabízí příspěvek až do 1 000 Kč na prevenci rakoviny prsu, prevenci rakoviny tlustého střeva, prevenci rakoviny kůže a na vyšetření zračinového nervu. Dále balíček Mix až do 1 500 Kč na sportovní prohlídku, laserovou operaci očí, celiakii a na hormonální substituční terapii. ČPZP se orientuje i na těhotné ženy a těm nabízí až 1 500 Kč na těhotenské kurzy, nadstandartní vyšetření a péči spojenou s těhotenstvím nebo na vybrané produkty ze sortimentu lékáren.

RBP

Dává příspěvek 300 Kč na absolvování odborně vedených kurzů proti obezitě, na genetické vyšetření provedená u renomované laboratoře a na kontaktní čočky. Těhotným

ženám nabízí 1 000 Kč na kurz psychoprolaxe a těhotenský tělocvik, na nákup vitamínů v lékárnách v době těhotenství, na ultrazvukové vyšetření v I. trimestru, ale také příspěvek ve výši 300 Kč na účast otce při porodu.

Stojí za povšimnutí, že VZP poskytuje ženám to, co poskytuje i mužům s výjimkou očkování proti rakovině děložního čípku. Ostatní pojišťovny mají dostatek programů a balíčků pro své klientky. Hrazení příspěvku na očkování u ČPZP a RBP jsou pro ženy i muže stejné, spíše se více zaměřují na těhotné ženy. Srovnání ČPZP a RBP je těžké, poněvadž každá má velkou škálu příspěvků a bonusových programů.

4.4.3 Příspěvky pro děti a mládež

Nyní dojde k porovnání příspěvků pro děti a mládež od 7 do 18 let, i přesto že RBP má vymezenou i skupinu dětí do 6 let. Společné pro všechny pojišťovny je očkování.

Tabulka 4.3

Typ očkování	VZP	ČPZP	RBP
Klíšťová encefalitida	300 Kč	1 000 Kč	500 Kč
Hepatitida A, B, AB	500 Kč	1 000 Kč	500 Kč
Plané neštovice	500 Kč	1 000 Kč	300 Kč
Meningokokové onemocnění	500 Kč	1 000 Kč	300 Kč
Černý kašel, tetan a záškrt	500 Kč	1 000 Kč	300 Kč

zdroj: vlastní zpracování

VZP

U VZP si dítě do 14 let může vybrat, zda příspěvek ve výši 500 Kč využije na očkování, které není hrazeno z veřejného zdravotního pojištění, nebo na rovnátka. Mimo jiné nabízí pro děti do 19 let s diagnostikovanou celiakií finanční příspěvek ve výši 3 600 Kč, kdy tento příspěvek mohou čerpat čtvrtletně maximálně ve výši 900,-. Pojišťovna už 19 let nabízí dětem od 6 do 17 let třítydenní pobyt u moře. Pobyt je určen pro děti s respiračními, dermatologickými, alergologickými či jinými podobnými nemocemi.

ČPZP

Poskytuje vedle příspěvku na očkování i jiné balíčky. Hradí příspěvek až do 1 000 Kč na školky či školy v přírodě či na lyžařské kurzy. Dále příspěvek 500 Kč na plavecké kurzy pro děti do 8 let a na saunování dětí pro děti od 3 do 8 let. ČPZP se také zaměřuje na prevenci zubů, a proto poskytuje až 1 000 Kč na pevná či snímatelná ortodontická rovnátka. V dalším balíčku nabízí příspěvek 1 500 Kč na kontaktní čočky, celiakii a na sportovní prohlídku. Zdarma poskytuje vitamíny, které jsou dostupné na pobočkách, dětem od 3 do 15 let a spolu s tím i novorozenecké balíčky.

RBP

Nabízí klientům 1 000 Kč na fixní aparátky nebo 300 Kč na snímatelné aparátky. Dalšími příspěvky do 300 Kč je periodická prohlídka registrovaných sportovců, účast v programu stop obezitě, vyšetření zrakového nervu. Mezi ostatní aktivity, na které pojišťovna poskytuje příspěvek 500 Kč, patří kurzy plavání organizované školou pro I. stupeň, školy v přírodě či ozdravné pobyty a lyžařské kurzy trvající minimálně 5 dní a příspěvek na kontaktní čočky pro děti do 15 let.

Příspěvek na očkování, finanční podporu pro děti s bezlepkovou dietou a také příspěvek na fixní a snímatelná rovnátka poskytují všechny zdravotní pojišťovny, avšak každá s jinou finanční hodnotou. VZP dává největší příspěvek na celiakii oproti ostatním, kdežto ČPZP poskytuje největší příspěvky na očkování nehrazené z veřejného zdravotního pojištění. Je znát, že VZP se více zaměřuje na děti než na muže a ženy, i přesto nabízí jen několik málo příspěvků oproti vybraným pojišťovnám. ČPZP má v nabídce mnoho balíčků s dostatečným finančním ohodnocením, ale RBP na tom také není pozadu. Hlavně se orientují na ozdravné pobyty a školy, školky v přírodě, ale také na jiné aktivity pro děti.

Dle mého názoru je nejlepší zdravotní pojišťovna, z již zmiňovaných a srovnávaných, ČPZP. Je zohledňována její dostupnost a množství poboček, které se v okrese nachází. Příspěvky a výhody, které poskytuje, jsou ekonomicky nejvyšší a dostatečné. Zaměřuje se na všechny kategorie, jak na muže, ženy, tak i na děti a dárce krve a během roku nabízí i jiné nahodilé výhody, například příspěvek pro ženy a dívky ve výši 500 Kč na hormonální antikoncepci nebo bonus 500 Kč, který je možno využít na pohybové aktivity, za získání nového pojištěnce. Smluvní dohody s lékaři jsou v našem kraji dostatečně rozšířené,

poněvadž tato pojišťovna působí převážně na Moravě a ve Slezsku, kdežto VZP je dostupná pro celou ČR.

4.5 Návrh reformy zdravotního pojištění

V této kapitole bude navržena reforma týkající se sjednocení zdravotních pojišťoven. Dále se zaměří na výši pojistného ve formě tzv. dvoustupňového systému a porovnání s nadstandardní péčí.

4.5.1 Sjednocení zdravotních pojišťoven

Určitě stojí za povšimnutí, že na našem pojistném trhu se nachází dostatečné množství zdravotních pojišťoven, ze kterých je možno si vybírat. Otázkou však zůstává, zda je námi zvolená zdravotní pojišťovna schopna poskytnout stejnou péči jako jiná zdravotní pojišťovna. Vyskytují se případy, že osoba pojištěná u VZP musela na operaci kolenního kloubu čekat 8 měsíců, kdežto jiná osoba pojištěná u ČPZP se dočkala zákroku za 2 měsíce. Rozdílem této doby je zvolená zdravotní pojišťovna pojištěnce a také smluvní dohody lékaře či nemocnice a dané zdravotní pojišťovny. Je to nespravedlivé, poněvadž každý občan je povinen platit pojistné pravidelně a ve stejné výši a má právo si sám zvolit zdravotní pojišťovnu.

Bylo by lepší, kdyby se na trhu vyskytovala pouze jedna zdravotní pojišťovna, která by tuto péči poskytovala, a princip vybírání pojistného by byl stejně stanovený jako vybírání sociálního pojištění na Okresní správu sociálního zabezpečení. Okresní správa sociálního zabezpečení je v každém okrese jen jedna a každý občan je povinen zde odvádět sociální pojištění. Proto by měl být zavedený stejný princip i pro zdravotní pojištění. Byla by stanovena jedna centrální zdravotní pojišťovna, které by každý zaměstnavatel odváděl za své zaměstnance pojistné, také osoby samostatně výdělečně činné a osoby bez zdanitelných příjmů by zde odváděli sami za sebe zdravotní pojištění. Zdravotní péče a cestovní pojištění by bylo pro každého občana ve stejné výši a se stejnými podmínkami. Nesmí se však zapomenout na dostatečné množství kontaktních míst této zdravotní pojišťovny a úředníků, kteří by tuto činnost vykonávali, aby nedocházelo k přeplněným přepážkám.

Zdravotní pojišťovny osekávají bonusy pro klienty. Jedná se zejména o preventivní programy, které například v roce 2008 byly štědré, kdežto dnes již nejsou na tak dobré úrovni, ale i tak jsou dostatečné. Mezi zdravotními pojišťovnami existuje obrovská konkurenceschopnost. Každá pojišťovna se předhání ve svých výhodách a příspěvcích, které

pro pojištěnce nabízí. Tím se snaží získat velké množství klientů. Vzorovým příkladem je ČPZP, která na konci roku 2011 nabízí 500 Kč za získání každého nového pojištěnce, místo aby tyto finanční prostředky využila na zdravotní péči, vkládá je do propagace, což není zrovna nejvhodnější hospodaření. Konkurence mezi pojišťovnami v rámci zdravotního pojištění není tou nejvhodnější, protože občané platí všichni stejně a pravidelně na pojistné a není přece rozdíl, zda je odváděno VZP či ČPZP. Všichni očekávají stejnou péči, za kterou si platí a nezajímá je, u které zdravotní pojišťovny jsou pojištěny. Vedle toho zdravotním pojišťovnám ubývají peníze, a jak se říká “šlapou lidem na paty“. V minulých letech byly zdravotní pojišťovny ohleduplné, vstřícné a respektovali pozdní úhrady pojistného, dokonce nabízeli klientům splátkový kalendář. Kdežto dnes se snaží peníze vymáhat a mohou některé firmy přivést ke krachu. Hájí pouze své zájmy a ne zájmy klientů, což není dobré.

V současné době dochází ke zdravotnické reformě, která počítá s existencí pouze jedné státem řízené zdravotní pojišťovny a jedné zaměstnanecké pojišťovny. Důvodem je velké množství zdravotních pojišťoven na našem trhu, což vyvolává zmatek v systému a stojí naši zemi zbytečné výdaje. Dle mého názoru v ideální variantě by mohla existovat jen jedna zdravotní pojišťovna stejně, jako je tomu ve Francii, kde výkonnou instituci pro správu zdravotního pojištění zde vykonává Národní zdravotní pojišťovna vedena pod zkratkou CNAMTS. Jejimi klienty bývají zaměstnanci a jejich rodinní příslušníci, což tvoří 80% francouzské populace. Všichni obyvatelé jsou automaticky zařazeni u pojišťovny na základě jejich profesního postavení. Kromě Národní zdravotní pojišťovny jsou pro ostatní skupiny klientů založeny specializované pojišťovny. Jednou z nich je například pojišťovna pro zemědělce vedena pod zkratkou CCMSA a dále je zde i zdravotní pojišťovna pro nezávislé profesionály - CANAM. Proces sloučení by mohl probíhat tak, že v první fázi by došlo ke sloučení všech zdravotních pojišťoven v jednu a tuto zdravotní pojišťovna by byla řízena dozorčí radou a kontrolována komisí Poslanecké sněmovny. Dozorčí radu by sestavila vláda, zástupci v ní by byli z krajů, odborů a lékařské komory.

4.5.2 Výše pojistného

K další a zásadní změně dojde v roce 2013, kdy výběr daní a pojistného bude prostřednictvím jednoho místa, to je jedno inkasní místo – JIM. Daně a veřejné pojistné, jak na sociální zabezpečení, tak na zdravotní pojištění, bude od roku 2013 vybírat jeden správce – JIM a to jednou částkou sraženou zaměstnavatelem nebo v případě podnikatelů zaplacenou na základě jednoho formuláře.

Novela zahrnuje i řadu změn, které s jedním inkasním místem nesouvisejí. Z pohledu zdravotního pojištění se jedná:

- u zaměstnanců o zvýšení pojistného ze 4,5% na 6,5% z hrubé mzdy,
- u živnostníků se hovoří o tom, že základem pro výpočet pojistného bude celý rozdíl mezi příjmy a výdaji, což znamená 100 % hrubého zisku, nyní je to jen 50 %,
- zdravotní pojištění u OSVČ se sníží z 13,5% na 6,5%. (portál ospvz-aso, 2012)

Pozice živnostníků se tedy v roce 2013 poněkud zhorší, protože se hovoří o snížení výdajových paušálů. Pro některé živnostníky by to znamenalo likvidaci a pravděpodobně nástup do zaměstnaneckého poměru, avšak jiní živnostníci by začali více uplatňovat skutečné výdaje oproti výdajům procentem z příjmů. ČR má sice nejvíce OSVČ v Evropě, což je představováno tím, že mnoho lidí je v zaměstnaneckém poměru a přitom má rovněž živnostenský list na jinou činnost, to znamená, že tito lidé často platí daně v nízké míře. Dochází tak ke zkreslení množství daní na osobu, kdy v průměru podnikatel odvádí mnohem nižší daně než zaměstnanec. Na druhou stránku však OSVČ bude platit nižší pojistné, čímž se daná situace vykompenzuje. Dle mého názoru by procentuální sazba měla zůstat na 13,5%, ale mělo by dojít k úpravě podmínek pro začínající podnikatele. Například by se na ně pro první rok podnikání nevztahoval minimální vyměřovací základ a také by platili zálohy v nižší částce. Tato změna by mohla přinést k podnikání lidi, které odrazuje vyšší pojistné a strach z podnikání. Snížily by se tím počty osob evidovaných na úradech práce, nezaměstnanost a výše vyplácených příspěvků v nezaměstnanosti.

4.5.3 Nadstandardní zdravotnická péče

V současné době se řeší nadstandardní péče v nemocnici. Pacient by si ji musel zaplatit, protože není hrazená zdravotní pojišťovnou. Možnost připlatit si za nadstandard zavedla od 1. ledna 2012 změna vyhlášky Ministerstva zdravotnictví České republiky, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů.

Zaměřuje se na tři oblasti:

- provádění sádrových fixací,
- implantace nitroočních čoček při operacích šedého zákalu,
- očkování proti tetanu, chřipce a pneumokokovým nákazám.

Pacient si může vybrat použití nadstandardního zdravotnického prostředku - sádrové dlahy, nitrooční čočky či vakcíny, ale vždy mu musí být nabídnuta standardní varianta, kterou hrađí zdravotní pojišťovna.

V případě výběru dražší varianty, musí pacient zaplatit rozdíl mezi hodnotou základní ekonomické varianty a jím zvolené dražší varianty. Z prostředků veřejného zdravotního pojištění zdravotní pojišťovna zaplatí výkon pro aplikaci obvazu nebo čoček nebo pro očkování a použitý materiál do výše základní ekonomické varianty. Lékař poté vykáže pojišťovně kromě příslušného kódu výkonu a kódu použitého zdravotnického prostředku navíc ještě signální kód pro označení, že byla použita ekonomicky náročnější varianta.

Rozdíl mezi hodnotami základní ekonomické varianty a zvolené dražší varianty zaplatí pacient přímo v ordinaci lékaři. Jakou částku bude pacient doplácet, záleží na ceně v konkrétním zdravotnickém zařízení. (portál vzp, 2012)

Co se týče změn ve výši pojistného, tak ty by zůstaly na stávající úrovni, tzn. 13,5%. Především by byl navržen tzv. dvoustupňový systém. V prvním stupni by se vybíralo základní pojistné ve výši 13,5% z vyměřovacího základu, což by bylo stejné jako nyní. Druhý stupeň by se zaměřoval na osoby, které by měly zájem o lepší zdravotní péči, která za předcházejících okolností nebyla hrazena pojišťovnou. Princip druhého stupně by spočíval v tom, že by se platilo vyšší pojistné o 2%, takže by bylo pojistné stanoveno ve výši 15,5% z vyměřovacího základu. Osoby, které by byly ochotny platit vyšší pojistné, by měly lepší lékařskou péči. V druhém stupni by byly propláceny lékařské výlohy, které za normálních okolností nebyly hrazeny zdravotní pojišťovnou. Jednalo by se například o již zmiňované sádrové fixace, implantace lepších čoček při operacích šedého zákalu a očkování proti tetanu, chřipce a pneumokokovým nákazám, příspěvek za operaci pomocí robotů či kloubové náhrady a mnoho dalších.

Dle mého názoru by zavedení dvoustupňového systému bylo lepší, než předpokládaná změna pro rok 2013, kde se uvažuje zvýšení pojistného u zaměstnanců na 6,5%, kdežto u OSVČ by došlo ke snížení na 6,5%. Co se týče změny pojistného u zaměstnance, nijak by to zaměstnavatele neovlivnilo, ten by platil zbývající část do 13,5%, což je 7%. Nadstandardní péči by si tak mohlo dovolit více lidí a nemuseli by řešit, zda momentálně mají dostatek finančních prostředků na danou operaci. Samozřejmě rozhodnutí je pouze na podnikateli či zaměstnanci, zda bude ochoten si připlácet více na zdravotní pojištění nebo si vystačí se

standartní péči. Okamžik platnosti vyššího pojistného nabývá od prvního dne následujícího měsíce ode dne, kdy se podnikatel rozhodl tak učinit. Je možno to přiblížit prostřednictvím příkladu, kdy se podnikatel rozhodl 10. dubna 2012 přispívat si vyšší částkou na zdravotní pojištění a od 1. května 2012 si začne platit vyšší zálohy na pojistné. Avšak vyskytuje se tady 3 měsíční ochranná lhůta, během které není možno čerpat nadstandartní péči. Důvodem je, že osoba, která se rozhodne platit vyšší pojistné, toho může zneužít. Za zneužití se považuje, když osoba si je vědoma blížíci se operace a měsíc před operací se rozhodne pro placení vyššího pojistného a podobně. Co se týče ukončení pojistného a snížení na základní výši pojistného, tak bude zde existovat 6 týdenní výpovědní lhůta, po kterou bude osoba platit vyšší pojistné. Po skončení této lhůty se pojistné vrátí na základní hodnotu. Tato situace může být vyřešena tak, že pacienti budou mít možnost jednorázového zaplacení nadstandartní péče. Výhodou je, že při náhlém onemocnění, může pacient využít nadstandard i v případě, kdy si neplatil vyšší pojistné. Nevýhodou však zůstávají vyšší finanční prostředky, které je potřeba uhradit najednou, to však už je pouze na rozhodnutí pacienta.

4.5.4 Regulační poplatky

Byly zřízeny za účelem omezení plýtvání a zneužívání zdravotnických služeb. Regulační poplatky hradí každý pojištěnec, za dítě potom jeho zákonný zástupce. Způsob výběru záleží na zdravotnickém zařízení. Poplatky zůstávají tomu, kdo je vybírá, tedy lékaři, zdravotnickému zařízení či lékárně. Ti jsou povinni použít je na úhradu nákladů spojených s provozem a modernizací, aby došlo ke zlepšení kvality zdravotnické péče. (portál ferozanemocnice, 2012) Výhoda regulačních poplatků spočívá v tom, že u lékaře mnohdy nečekáme zbytečně dlouho. Bývalo zvykem, že někteří pacienti navštěvovali své lékaře častěji než by měli a zneužívali jejich služeb. Dnes si tito lidé rozmyslí, zda lékaře navštíví či nikoliv. Nevýhoda je však v jejich výši. Lidé už tak doplácí spoustu peněz za léky a recepty. Pro lidi v produktivním věku to není taková finanční zátěž, poněvadž většinou nenavštěvují lékaře často, kdežto starší lidé a důchodci chodí k lékaři častěji a dokonce pravidelně. Také dospělí, ale i děti s těžším onemocněním, které v některých případech je nevyléčitelné, musí k lékaři mnohem častěji a právě takovým lidem se to prodraží.

Poplatek se vybírá:

- **ve výši 30,-** - za návštěvu, při kterém bylo provedené klinické vyšetření či za návštěvní službu (například návštěva u praktického či zubního lékaře, u klinického psychologa či logopeda a jiné) a za recept,
- **ve výši 100,-** - za každý den, ve kterém byla poskytnuta ústavní péče, komplexní lázeňská péče nebo ústavní péče v dětských odborných léčebnách,
- **ve výši 90,-** - za pohotovostní službu poskytnutou zdravotnickým zařízením.

Poplatek ve výši 30 Kč se nehradí v případě preventivní prohlídky, dispenzární péče poskytnuté těhotným ženám, laboratorního či diagnostického vyšetření. Také v případě dítěte ve věku do 18 let věku a dále kdy lékař nebo psycholog neprovádí klinické vyšetření.

Poplatky se musí uhradit ihned na místě popřípadě po dohodě s lékařem. Zdravotní pojišťovna má povinnost sledovat limit 2 500 Kč u pojištěnců mladších 18 let, včetně kalendářního roku, ve kterém dovršili 18. rok věku, a také u pojištěnců starších 65 let, včetně kalendářního roku, ve kterém dovršili 65. rok věku, a limit 5 000 Kč u ostatních pojištěnců. V případě překročení limitu je zdravotní pojišťovna povinna ve lhůtě 60 dnů po skončení čtvrtletí uhradit pojištěnci, nebo jeho zákonnému zástupci částku přesahující limit 5 000 Kč, popřípadě 2 500 Kč. (portál mzcr, 2012)

5 ZÁVĚR

V bakalářské práci byla rozebrána problematika zdravotního pojištění zaměstnanců, zaměstnavatelů, osob samostatně výdělečně činných a osob bez zdanitelných příjmů a dále byly analyzovány zdravotní pojišťovny vyskytující se v České republice.

Zásadní změna ve zdravotním pojištění se projevila od 1. 1. 2012 u započitatelného příjmu, který se zvýšil z 2 000 Kč na 2 500 Kč a také u dohod o provedení práce, kdy zdravotní pojištění se bude odvádět v případě, že odměna bude vyšší než 10 000 Kč. U maximálního vyměřovacího základu došlo za posledních 5 let k navýšení, kdežto minimální měsíční mzda je už 5 let na stejné výši.

Praktická část byla orientována na zdravotní pojišťovny v České republice. V této části se srovnávaly preventivní programy a příspěvky poskytované Všeobecnou zdravotní pojišťovnou, Českou průmyslovou zdravotní pojišťovnou a Revírní bratrskou pokladnou. Důvodem výběru těchto pojišťoven závisel na jejich velikosti a zejména místa působení. ČPZP a RBP se zaměřují zejména na občany v Moravskoslezském kraji, kdežto VZP je zaměřena na celou ČR. Porovnávány byly příspěvky pro muže, ženy i děti platné k 1. 3. 2012. Zejména se u jednotlivých kategorií srovnávala výše poskytovaného příspěvku na očkování, poněvadž každá zdravotní pojišťovna má odlišné programy a příspěvky pro jednotlivé kategorie. Porovnáváním bylo zjištěno, že nejlepší z analyzovaných zdravotních pojišťoven je ČPZP a nejhorší VZP. Vycházelo se z nabízených preventivních programů, kde ČPZP a RBP zauímají podobné místo, avšak ČPZP přesto poskytuje vyšší hodnotu příspěvků.

Následná část práce se zaměřila na novely týkající se zdravotního pojištění pro rok 2013, kde dojde ke změně sazby pojistného u zaměstnanců i osob samostatně výdělečně činných a bude činit 6,5% z vyměřovacího základu. Další zásadní změnou bude výběr daní a pojistného prostřednictvím jednoho inkasního místa. Z čehož vyplývá, že daně a pojistné na sociální zabezpečení a na zdravotní pojištění bude od roku 2013 vybírat jeden správce.

Hlavním cílem bakalářské práce bylo vytvoření vlastního návrhu, týkající se zdravotních pojišťoven a také nadstandardní péče. U zdravotních pojišťoven bylo navrženo jejich sjednocení v jednu státní a jednu zaměstnaneckou zdravotní pojišťovnu a s touto novelou se počíná na rok 2015. Stejný systém již existuje i ve Francii. U nadstandardní péče byl vytvořen návrh dvoustupňového pojistného, který může být zaveden u zaměstnanců i u osob samostatně výdělečně činných a spočívá v placení vyššího pojistného za předpokladu

lepší zdravotní péče, nazývané také jako nadstandardní péče. V prvním stupni by se vybíralo základní pojistné ve výši 13,5% z vyměřovacího základu, což by bylo stejné jako nyní. Druhý stupeň by se zaměřoval na osoby, které by měly zájem o lepší zdravotní péči, která za předcházejících okolností nebyla hrazena pojišťovnou. Princip druhého stupně by spočíval v tom, že by se platilo vyšší pojistné o 2%, takže by bylo pojistné stanoveno ve výši 15,5% z vyměřovacího základu.

Na konec byla přiblížena i problematika regulačních poplatků, vytyčení jejich výhod i nevýhod a potvrzení jejich zachování na českém trhu.

Seznam použité literatury

Odborné knihy

ČERVINKA, Tomáš. *Zdravotní pojištění zaměstnavatelů, zaměstnanců a OSVČ s komentářem a příklady*. 3. vyd. Olomouc: Anag, 2011. 167 s. ISBN 978-80-7263-644-0.

DANĚK, Antonín a Jiří GLET. *Zdravotní pojištění: doporučeno ke studiu*. 1. vyd. Praha: Linde, 2003. 95 s. ISBN 80-86131-46-7.

NĚMEC, Jiří. *Principy zdravotního pojištění*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 240 s. ISBN 978-80-247-2628-1.

PILÁTOVÁ, Jana. *Daňová evidence: komplexní řešení problematiky daňové evidence pro OSVČ*. 7. vyd. Olomouc: Anag, 2011. 351 s. ISBN 978-80-7263-656-3.

ŠUBRT, Bořivoj a kol. *Abeceda mzdové účetní 2010*. 20. vyd. Olomouc: Anag, 2010. 510 s. ISBN 978-80-7263-574-0.

ŠUBRT, Bořivoj a kol. *Abeceda mzdové účetní 2012*. 22. vyd. Olomouc: Anag, 2012. 573 s. ISBN 978-80-7263-716-4.

TRNKOVÁ, Ludmila a Marta ŽENÍŠKOVÁ. *Pojistné na sociální zabezpečení a zdravotní pojištění zaměstnanců a osob samostatně výdělečně činných*. 12. vyd. Olomouc: Anag, 2008. 183 s. ISBN 978-80-7263-426-2.

VANČUROVÁ, Alena a Stanislav KLAZAR. *Sociální a zdravotní pojištění: úvod do problematiky*. 2. vyd. Praha: Aspi, 2008. 121 s. ISBN 978-80-7357-381-2.

ŽENÍŠKOVÁ, Marta. *Pojistné na sociální zabezpečení zaměstnavatelů, zaměstnanců, OSVČ, dobrovolně důchodově pojištěných s komentářem a příklady k 1. 1. 2010*. 2. vyd. Olomouc: Anag, 2010. 143 s. ISBN 978-80-7263-579-5.

Legislativa

Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů, ve znění pozdějších předpisů.

Internetové publikace

ČESKÁ PRŮMYSLOVÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA. ČPZP: *Česká průmyslová zdravotní pojišťovna* [online]. ČPZP [20. 2. 2012]. Dostupné z: <http://www.cpzp.cz/>

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. ČSÚ: *Příjmy z pojistného* [online]. ČSÚ [24. 1. 2012].

Dostupné z:

[http://www.czso.cz/csu/2011edicniplan.nsf/t/BC00209E94/\\$File/950111q402.pdf](http://www.czso.cz/csu/2011edicniplan.nsf/t/BC00209E94/$File/950111q402.pdf)

ČESKÉ ZDRAVOTNICKÉ FÓRUM. ČZF: *Francie* [online]. ČZF [20. 2. 2012]. Dostupné z: <http://www.czf.cz/clanek/znz-francie/>

EPOJISTOVNY. *Seznam zdravotních pojišťoven* [online]. [30. 1. 2012]. Dostupné z: <http://epojistovny.com/seznam-zdravotnich-pojistoven>

FÉROVÁ NEMOCNICE. *Regulační poplatky* [online]. [4. 2. 2012]. Dostupné z: <http://www.ferovanemocnice.cz/poplatky-35/regulacni-poplatky-82.html>

KUČEROVÁ, Dagmar. *Dohoda o provedení práce 2012* [online]. [15. 1. 2012]. Dostupné z: <http://www.podnikatel.cz/clanky/dohoda-o-provedeni-prace-2012/>

MALŮŠEK, Ladislav a Lenka FIALKOVÁ. *Od roku 2013 výběr daní a pojistného prostřednictvím jednoho místa* [online]. [4. 2. 2012]. Dostupné z: <http://cfoworld.cz/legislativa/od-roku-2013-vyber-dani-a-pojistneho-prostrednictvim-jednoho-mista-1061>

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *MZČR: Regulační poplatky* [online]. MZČR [28. 2. 2012]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/metodicky-pokyn-zneni-platne-od-112012_5740_1197_3.html

NCBI. *The Health Care System Under French National Health Insurance: Lessons for Health Reform in the United States*. [online]. [15. 3. 2012]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1447687/>

ODBOROVÝ SVAZ PRACOVNÍKŮ ZEMĚDĚLSTVÍ A VÝŽIVY – ASOCIACE SVOBODNÝCH ODBORŮ ČESKÉ REPUBLIKY. *OSPZV-ASO ČR: Změny v daních od roku 2013* [online]. OSPZV-ASO ČR [10. 2. 2012]. Dostupné z: <http://www.ospzv-aso.cz/addons/file/bulletin/2011-3/zmeny-v-danich-od-roku-2013.pdf>

REVÍRNÍ BRATRSKÁ POKLADNA ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA. *RBP – ZP: Revírní bratrská pokladna zdravotní pojišťovna* [online]. RBP [21. 2. 2012]. Dostupné z: <http://www.rbp-zp.cz/>

SVAZ ZDRAVOTNÍCH POJIŠŤOVEN ČR. *SZP ČR: O nás* [online]. SZP ČR [2. 2. 2012]. Dostupné z: <http://www.szpcr.cz/>

VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA. *VZP: Všeobecná zdravotní pojišťovna* [online]. VZP [18. 2. 2012]. Dostupné z: <http://www.vzp.cz/>

Seznam zkratk

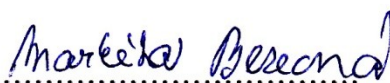
ZVZP	zákon o veřejném zdravotním pojištění
ZPVZP	zákon o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění
ZDP	zákon o daních z příjmů
OSVČ	osoba samostatně výdělečně činná
OBZP	osoba bez zdanitelných příjmů
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna
ČPZP	Česká průmyslová zdravotní pojišťovna
RBP	Revírní bratrská pokladna
Kč	koruna česká
EU	Evropská unie
ČR	Česká republika
EHP	Evropský hospodářský prostor

Prohlášení o využití výsledků bakalářské práce

Prohlašuji, že

- jsem byla seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. – autorský zákon, zejména § 35 – užití díla v rámci občanských a náboženských obřadů, v rámci školních představení a užití díla školního a § 60 – školní dílo;
- beru na vědomí, že Vysoká škola báňská – Technická univerzita Ostrava (dále jen VŠB-TUO) má právo nevýdělečně, ke své vnitřní potřebě, bakalářskou práci užít (§ 35 odst. 3);
- souhlasím s tím, že bakalářská práce bude v elektronické podobě archivována v Ústřední knihovně VŠB-TUO a jeden výtisk bude uložen u vedoucího bakalářské práce. Souhlasím s tím, že bibliografické údaje o bakalářské práci budou zveřejněny v informačním systému VŠB-TUO;
- bylo sjednáno, že s VŠB-TUO, v případě zájmu z její strany, uzavřu licenční smlouvu s oprávněním užít dílo v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- bylo sjednáno, že užít své dílo, bakalářskou práci, nebo poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠB-TUO, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly VŠB-TUO na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše).

V Ostravě dne 4. 5. 2012



Markéta Bezcená

Seznam příloh

Příloha č. 1 – Přihláška a evidenční list zaměstnavatele

Příloha č. 2 – Hromadné oznámení zaměstnavatele

Příloha č. 3 – Přehled o platbě pojistného na zdravotní pojištění zaměstnavatele

Příloha č. 4 – Přehled o příjmech a výdajích ze samostatné výdělečné činnosti